

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 040890

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396 Société : RAN 77657

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI ABDELOU HAB.

Date de naissance : 19-01-58

Adresse : 14 LOT. PANDANA Com. SIDI MAROUF

CASA - 20270

Tél. : 0673081935 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

RHUMATOLOGUE
RESID. BEN OUAIR PORTE B, 5
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF
TEL: 022 99 34 14 / 15 - CASA

Date de consultation : 05/07/2021

Nom et prénom du malade : Cheddadi Abdelouhab

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 09/07/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/17/21	<i>C_s</i>		26.00	 DR. A. BEN KHODJA RADIOLOGUE CABINET DE RADIO DIAGNOSTIC 14 RUE PORTE B, 5 ETAGE - MAARIF

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien PHARMACIE DE SIDA A COLLINE ou du Fournisseur Pharmacie CARREFOUR SIDA MOROUF (Ancien Makro) Tél: 06 22 38 51 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp: 06 62 12 38 18 266958 - Pat: 36103100 - IF: 50731792 - CNSS: 6063490 CE0403820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr	Date 	Montant de la facture INPE - 092037209

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien PHARMACIE DE SIDA A COLLINE ou du Fournisseur Pharmacie CARREFOUR SIDA MOROUF (Ancien Makro) Tél: 06 22 38 51 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp: 06 62 12 38 18 266958 - Pat: 36103100 - IF: 50731792 - CNSS: 6063490 CE0403820000044 - Email: paracetamol2011@hotmail.fr	Date 	Montant de la facture INPE - 092037209

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/21	230	300.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/21	230	300.00

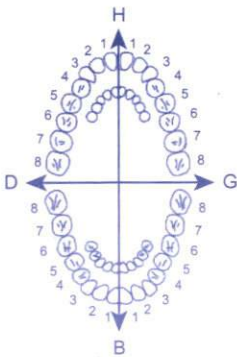
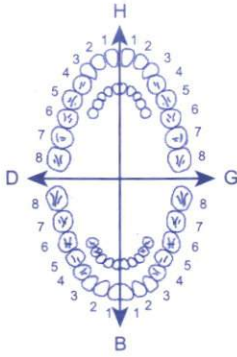
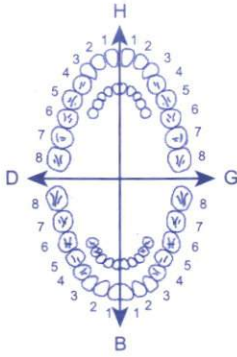
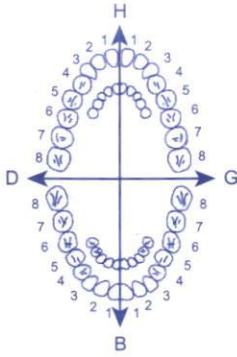
[illegible][illegible]

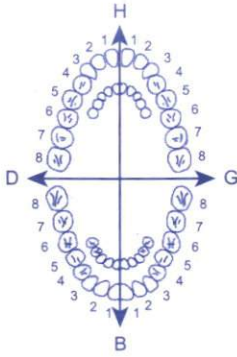
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

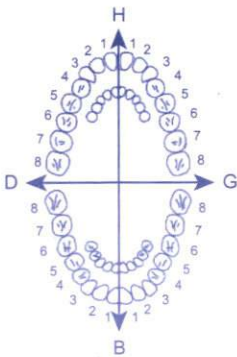
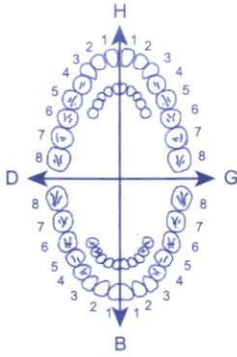
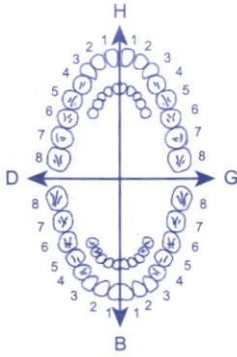
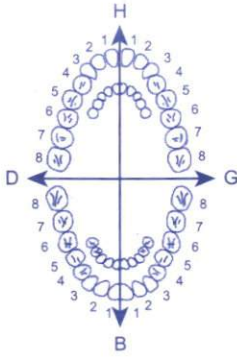
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

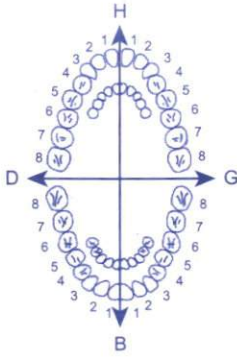
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

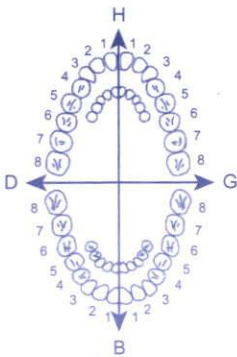
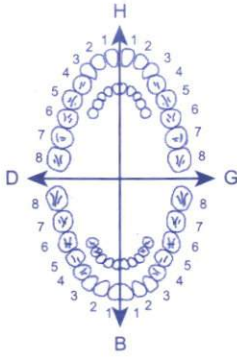
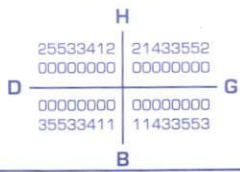
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.C.T.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

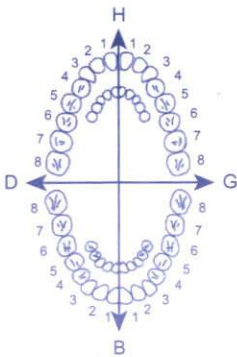
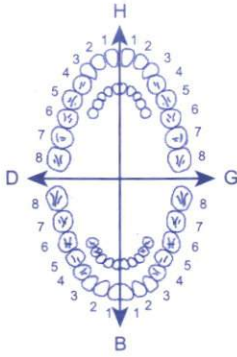
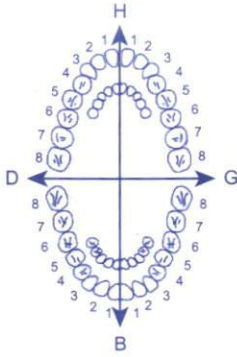
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>															
		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

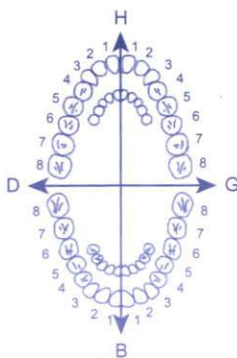
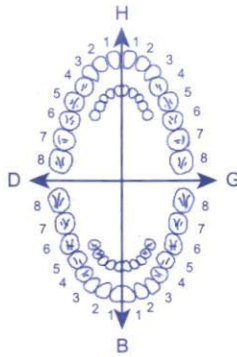
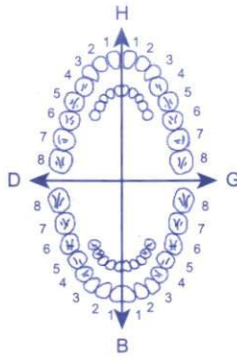
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>																
					<div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>															
					<div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>															
						<div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>															
		<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>																
				<div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

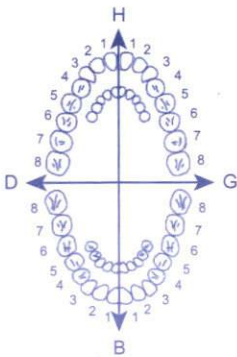
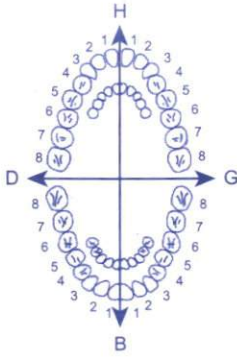
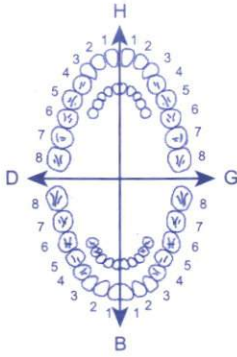
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															
						FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>															
		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

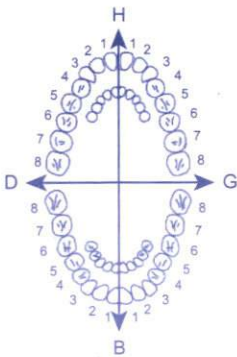
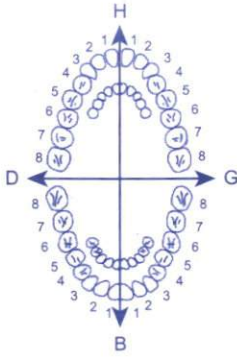
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> <p>D</p> <p>00000000</p> <p>35533411</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>H</p> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <p>G</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> <p>B</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Tél. : 05 22 99 34 14 إقامة بن عمر - الباب B - 5 زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعاريف - البيضاء
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maarif - Casa

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations

de la Colonne Vertébrale et Rhumatismes Inflammatoires

Medecine Manuelle et Ostéopathie/Manipulations Vertébrales

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتور المكي سكيرج

إختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
علاج العمود الفقري و المفاصل بالتطبيب اليدوي
خريج كلية الطب بمونبليسي

Le 05/10/21.

M. Cheddadi Abdelouhab.

- Rx du rachis lombaire
face et profil

Dr. MEKKI SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF
TEL.: 022 99 34 14 / 15 - CASA

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et de Rhumatismes Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

إختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بمونبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

05/07/2021

Mr CHEDDADI ABDELOUHAB

COMPTE RENDU RADIOGRAPHIQUE

INCIDENCES :

Radiographie du rachis lombaire de face et de profil

RESULTATS :

- Discarthrose L4-L5 se traduisant par un léger pincement de disque intervertébrale
- Symphysite pubienne
- La structure osseuse est normale.
- La hauteur des vertèbres est respectée.
- Il n'y a pas d'anomalies des arcs postérieurs.
- Les articulations sacro-iliaques sont libres.


Dr. MEKKI SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF
TEL: 022 99 34 14 / 15 - CASA

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et de Rhumatismes Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

إختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بمونبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

05/07/2021

FACTURE

Mr CHEDDADI ABDELOUHAB

Radiographies du rachis Lominaire de face et de profil.....300.00DH

TOTAL 300.00DH

FACTURE ARRETEE A LA SOMME TOTALE DE TROIS CENTS DIRHAMS T.T.C.


Dr. MEKKI SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
RESID. BEN OMAR PORTE B, 5
RUE IBNOU NAFISS - MAARIF
TEL.: 022 99 34 14 / 15 - CASA