

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-610232

RD

FF199



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 003072

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KHADIR LARBI

Date de naissance :

01 Janvier 1954

Adresse :

Tél. : 066 106 60 46

Total des frais engagés : 3150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

SOS emergency
Dr. NACER AHMED
MEDECIN

27, Rue Salim Cherkaoui Res Alhadi B
Etg. 2-N°8 - Casablanca

Tél. : 05 22 86 50 86

Date de consultation :

15 05 2021

Nom et prénom du malade :

LARBI EL KHADIR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Suspition d'Ac.

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.

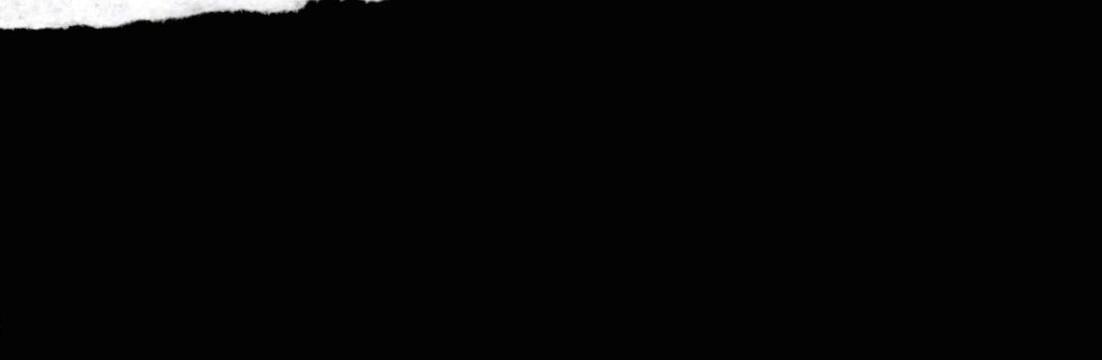
Fait à :

CAF

Le : 01/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

SP



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
15/01/2021	Urg		100000	INP : <input type="text"/> SOS emergency Dr. NACER AHMED MEDECIN 27, Rue Sâlim Chérkaoui-Res Alhadi B Elg. 2 N°8 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
15/11/2021 IRM Cueste	15/11/2021	IRM Cueste	300.0000

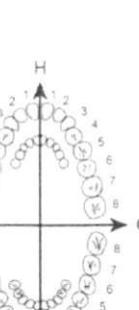
AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></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 style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

CENTRE I.R.M
17-19 BOULEVARD MOULAY RACHID
CLINIQUE DU VAL ANFA
TEL 05.22.94.02.42-94.27.95
FAX 05.22.36.02.38

Casa15/05/2021

Factur1069/2021

NOM ET PRENOM / EL KHADIR LARBI

EXAMEN / IRM CEREBRALE

SOIT UN MONANT / 3000DHS

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
TROIS MILLE DIRHAMS**

DRS: K BELYAMANI-H BENGELLOOUN-TAZI CHAOUI Z
PATENTE : 35603429-CNSS : 2565424-IF : 01003663- ICE
001701636000072

15/05/21

Ordonnance

Dr. NACER AHMED
SOS emergency
MEDECIN
27, Rue Salim Cherkaoui Rés Alhadi B
Etg. 2 N° 8 - Casablanca
Tél.: 05 22 86 50 86

Permettre de lever l'astre

Dr LARBI EL KHA DIR.

qui présente un déficit l'otour + Aplasie ①

le déficit l'otour a gaudi + si + le + qui oriente

vers une Prophylaxie de l'ac.

Nez - TAIY/06 Sp^o 96 fc 83

DR de Cerebral.

Dr. NACER AHMED
SOS emergency
MEDECIN
27, Rue Salim Cherkaoui Rés Alhadi B
Etg. 2 N° 8 - Casablanca
Tél.: 05 22 86 50 86

GROUPÉ RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREO TAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani

Dr. H. Bengelloun

Dr. Z. Tazi Chaoui

REFERENCE

210515002

DATE :

15/05/2021

PATIENT

EL KHADIR LARBI

MEDECIN TRAITANT

EXAMENS REALISES IRM CEREBRALE

COMPTE RENDU

TECHNIQUE

Coupes sagittales T1.

Coupes axiales diffusion, axiales T2 et T2 FLAIR.

RESULTATS

Pas de foyer ischémique ou hémorragique.

Les ventricules sont de taille normale, en place.

Discrète atrophie cérébrale cortico sous corticale avec élargissement des sillons et des vallées sylviennes.

Foyers hyper intenses péri ventriculaires T2 et FLAIR, compatibles avec une leucopathie vasculaire.

Pas d'anomalie de la fosse postérieure.

Signé :

DR. K. BELYAMANI