

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## étique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Angle 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](http://www.mupras.com)

Nº P19- 057535

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8220

Société : RAN

84778

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEKUAT ALI

Date de naissance : 25/11/1969

Adresse : 51 B<sup>1</sup> n<sup>2<sup>nd</sup></sup> ABDOU PALMIERS

CASABLANCA

Tél. : 066188496 Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2021

Nom et prénom du malade : SEKUAT INES Age : 17 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 12/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : SEKUAT INES

SEKUAT INES

### 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
12/08/21	C	C	300 DH	Mr. Mohamed Al HAJI Orthopédie INP 109/32

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LOGIC ALD LABORATOIRE D'ANALYSES ET DE DIAGNOSTIC DU FONCTIONNEMENT DU CORPS PARIS 14 Tél. 01 45 05 05 05	12/08/21	1) Echo gop b 2) Rx main FIP	2700 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

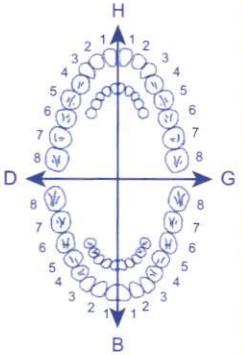
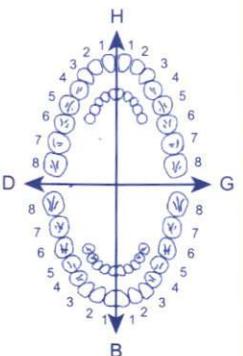
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE 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

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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	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

Casablanca, le 12/08/2009

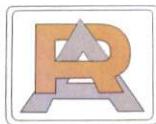
SEICCAT 2 NES

+ Echographie du foie et

+ RX du foie et



Pr. Mohamed RAHMI  
Traumatologie - Orthopédie  
INPE : 091037382



**Ctre RADIOLOGIE  
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة  
عبد المؤمن**

Dr BENNISS Fouad

الدكتور بننيس فؤاد

Pr FATHI Khadija

الأستاذة فتحي خديجة

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

12/08/2021

Facture N° : 004433/2021

Date :

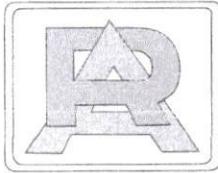
➤ Nom patient : SEKKAT INES

➤ Examen(s) réalisé(s) : ECHO  
➤ RX MAIN F/P  
➤

➤ Net à payer T.T.C : 700 DH  
➤ Arrêter la présente facture a la somme de :SEPT CENTS DH  
➤ Mode de règlement : ESPECE

L'adherent :

Signature & cachet



Dr BENNISS Fouad

الدكتور بنيس فؤاد

Pr FATHI Khadija

الأستاذة فتحي خديجة

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Médecin Traitant : .....  
DR RAHMI

Nom du patient : MELLE SEKKAT INES .....

Examen réalisé : RX MAIN DROITE F/P + ECHOGRAPHIE MAIN Date : 12/08/2021 .....

### **COMPTE RENDU**

**RC :** 18 ans, tuméfaction de la face dorsale de la main droite.

#### **RX MAIN DROITE F+P :**

- Aspect radiologique ostéo articulaire normal.

#### **ECHOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE :**

- Le balayage échographique des parties molles de la face dorsale de la main droite objective une formation oblongue de la face externe du poignet, de contenu liquidiens, bien limitée, non vascularisée au doppler avec mise en évidence d'un pertuis communiquant avec l'articulation.
- Elle mesure 16,7 x 8,7 mm.

#### **CONCLUSION :**

- Aspect échographique en faveur d'un kyste synovial du poignet droit.

Confraternellement  
DR LARAQUI BENSOUDA N.