

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 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



Déclaration de Maladie

ND: 088503
 № W21-653760

0634717541

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 0001869 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL OUEURMAI KHA DJA

Date de naissance : 01/06/1958

Adresse : RES AL FIRDAOUS 0446 IMM 129 APT 15

Tél. : 0634717541 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2022, 11/09/2022

Nom et prénom du malade : EL OUEURMAI KHA DJA Age: 63 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie № W21-653760

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0001869

Nom de l'adhérent(e) EL OUEURMAI KHA DJA

Total des frais engagés : 10000 Dhs

Date de dépôt :

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	M 18/12/2012	270 + 240	11.00,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D grid with 16 numbered points (1-16) and a central point (0). The grid is bounded by axes D (left), G (right), and H (top). The points are arranged as follows:

- Row 1: Point 1 (top center), Point 2 (top left), Point 2 (top right).
- Row 2: Point 3 (left), Point 4 (left), Point 3 (right), Point 4 (right).
- Row 3: Point 5 (far left), Point 6 (far left), Point 15 (center), Point 16 (far right), Point 5 (far right).
- Row 4: Point 7 (left), Point 8 (left), Point 4 (right), Point 8 (right).
- Row 5: Point 9 (bottom left), Point 9 (bottom right).
- Central point: Point 0 (center).

[Création, remont, adjonction]

Digitized by srujanika@gmail.com

2 1
1 2
B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 11/09/2021

Reçu N° 210911006

M ou Mme : **EL GUERMAI KHADIJA**

Examen(s) demandé(s) :

GENOU F/P+SHUSS 30°

PANGONOGRAMME

Dr. Hassan BENJELLOUN
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tél. 0522 39 07 07

Soit un montant total de : **1100.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

MILLE CENT DIRHAMS

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

ICE:

001664840000090

GROUPÉ RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani

Dr. H. Bengelloun

Dr. Z. Tazi chaoui

11/09/2021

PATIENT

EL GUERMAI KHADIJA

MEDECIN TRAITANT

HARFAOUI ABDENNACEUR

PANGONOGRAMME :

Genu varum bilatéral.

L'angle de déviation angulaire corrigée est estimé à 6,2° à droite et à 16,5° à gauche.

RX DU GENOU DROIT DE FACE ET DE PROFIL EN CHARGE + INCIDENCE AXIALE A 30° + SCHUSS :

Arthrose fémoro-tibial prédominant au compartiment interne avec pincement de l'interligne articulaire.

Ostéophytose marginale réactionnelle.

Arthrose fémoro-patellaire avec ostéophytose marginale de la rotule.

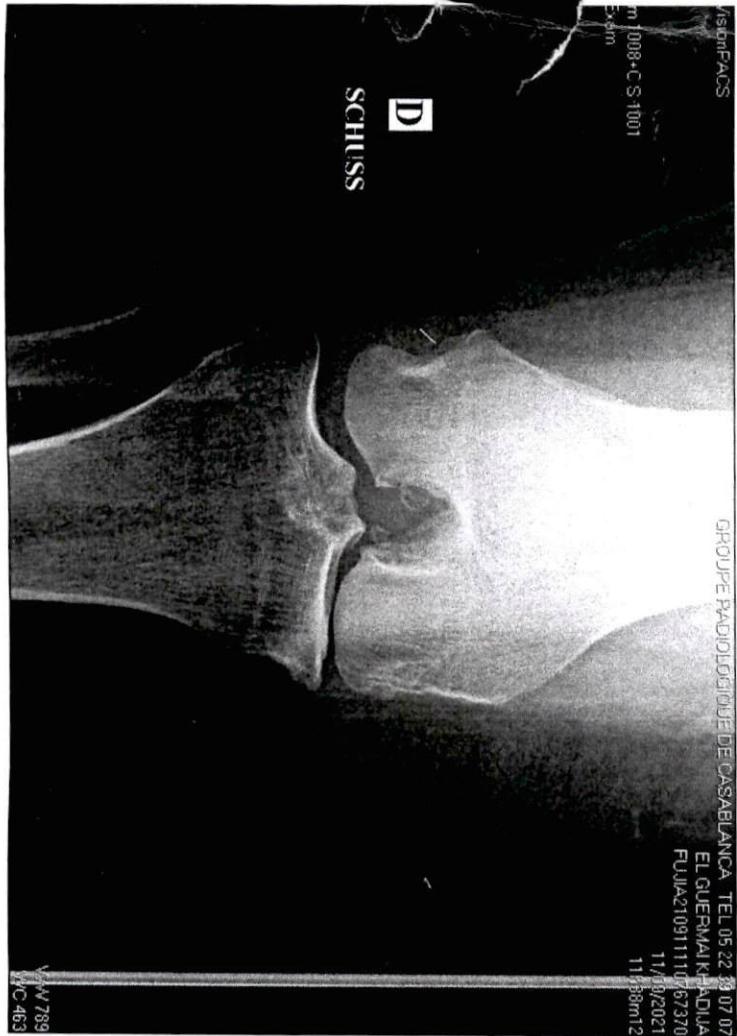
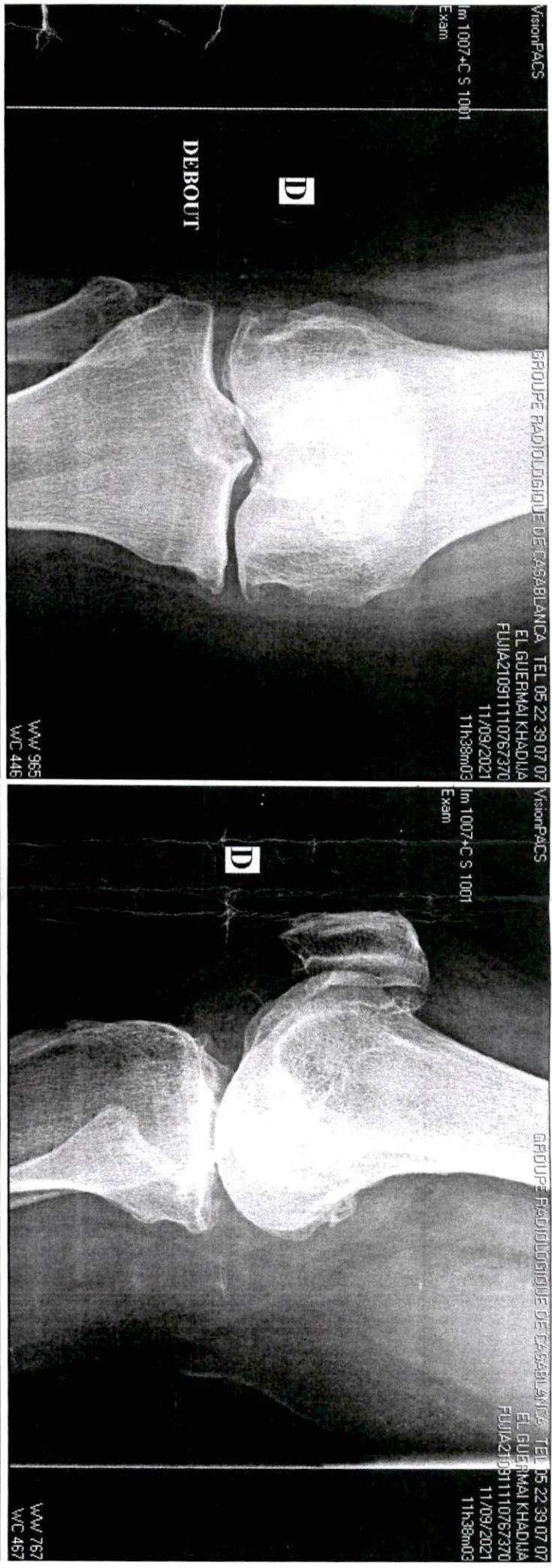
Pas de désaxation rotulienne.

Pas d'anomalie des parties molles.

Dr. Hassan BENJELLOUN
Spécialiste en imagerie médicale
4, Rue Socrate Casablanca
Tél. 05 22 39 07 07

DR. H. BENJELLOUN

Im 1007+C S 1001
Exam



VisionPRINT
VWC 463
La taille de l'image est redigée