

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-550379

105889



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5037 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BELFADLA Abderrahim

Date de naissance : 03/02/1962

Adresse : RAK

Tél. : 06 61 63 95 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Dr. MEZIANE Abdellouahed Traumatologie - Orthopédie - Ostéopathie  
Béchir Ben Abdellah (Angle 16, Bd Mohamed V), Casablanca

Tel C : 05 22 20 92 01

Date de consultation : 23/02/2022

Nom et prénom du malade : BELFADLA Zahia Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Loubea lsi 1/2 grev salgarié

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 : RAK

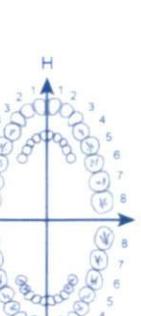
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 26/02/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>RADIOLOGIE</b> 27, Rue M. 3 <sup>e</sup> Gauthier - Catégorie 2 apt N° 3 52220 SAINT-LO 2024-05-27/0522-2024-05-27	23/02/24	2340	340,00 DH

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)				
				<b>INP :</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>				
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>				
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>				
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000         </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <b>D</b>            00000000            35533411         </td> <td style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>H</b> 25533412 00000000	<b>G</b> 21433552 00000000	<b>D</b> 00000000 35533411	<b>B</b> 00000000 11433553
<b>H</b> 25533412 00000000	<b>G</b> 21433552 00000000							
<b>D</b> 00000000 35533411	<b>B</b> 00000000 11433553							
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>						
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>						
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>						
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>						

جراحة العظام و المفاصل  
جراحة الرئي والطب الرياضي

Traumatologie - Orthopédie - Chirurgie des Rhumatismes  
Chirurgie du pied - Traumatologie du sport  
Posturologie

الدكتور عبد الواحد مزيان  
Docteur Abdelouahad MEZIANE

Casablanca, le ..23.02.2022

بالموعد  
SUR RENDEZ-VOUS

BELFADLA

Zahra

RADIOLOGIE Abou Madi

27, Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 3 Gauthier - Casablanca  
Tél. 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58

1 - Racines Cervicales

F + P

(Ne pas faire le 3/4 + ++)

2 - IDM

Racines lombaires

Dr. MEZIANE Abdelouahad  
Traumatologie, Orthopédie, Ostéopathie  
16, Rue Bendahan, Angle 16, Bd Mohammed V, Casablanca  
Tél. C. 05 22 20 92 01



Nom & prénom : BELFADLA ZAHRA

FACTURE N° : 22/003985

Date : 23/02/2022

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
RX. CERVICAL F/P	400,00
I.R.M LOMBAIRE	3 000,00
<b>Total Montant</b>	
<b>3 400,00</b>	

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

TROIS MILLE QUATRE CENT DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 23/02/2022

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

*RADIOLOGIE Abou Madi*  
27 Rue Ilya Abou Madi  
Appt N°3 Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 20 34 57 / 0522 20 34 58  
Fax: 0522 47 40 09



Casablanca le 23/02/2022

**PATIENT** : BELFADLA ZAHRA  
**MEDECIN TRAITANT** : DR. MEZIANE ABDELOUAHAD  
 H.

**RX. RACHIS CERVICAL**

Minéralisation osseuse normale.  
 Statique rachidienne normale.  
 Absence de pincement discal.  
 Parties molles de densité et de volume normaux.

**I.R.M LOMBAIRE**

**Technique**  
 sagittale T1-T2 et T2 STIR.  
 T2 axiale

**Résultat**

**Sur le plan discal**  
 Discopathies dégénératives intéressant les disques L4-L5 et L5-S1 responsables d'un hyposignal T2 des disques et des petites protrusions discales d'allure non conflictuelle.

**Sur le plan médullaire**

La moelle présente un calibre et un signal respecté.  
 Absence d'anomalie de la charnière lombo-sacrée

**Sur le plan osseux**

Pas d'anomalie des corps vertébraux ou de leurs arcs postérieurs.  
 Respect de la hauteur vertébrale.  
 Canal rachidien de dimension normale.

A noter un volumineux kyste radiculaire sacré du côté droit et un kyste de l'ovaire droit de 3 cm de diamètre sans caractère IRM suspect.

**Au total**

**Discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 responsables de protrusions discales sans véritable hernie ni conflit disco-radiculaire.**  
**Volumineux kyste radiculaire sacré droit.**

Confraternellement  
**DR BERRADA AZ EL ARAB**  
**INPE : 091032870**

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle