

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.

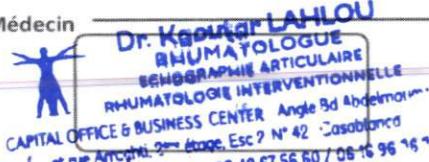
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-686132

MM 123

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 8326		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : DRIOUECH Lotfi		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 13/06/65		Adresse : 57 RUE IMAN MOULIN	
Tél. : 0661396306		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
 Dr. Khouadjir Lahliou RHUMATOLOGIE ARTHROGRAPHIE ARTICULAIRE RHUMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE CAPITAL OFFICE & BUSINESS CENTER Angle Bd Abdellah Ben <small>et Rue Attar N° 22ème étage, Esc 2 N° 42 Casablanca</small> <small>Tel: 05 22 20 45 45 (LG) - Fax: 05 22 22 78 18</small>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/07/2022			
Nom et prénom du malade : DRIOUECH Lotfi			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Rhumatisme Tendonite			
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
10.6.2022	infiltrations éthoguidées 2 mètres	1	800 x 2 = 1600 dh	INP : 091145672 Dr. Abdourahmane LAHIL PHUMATOLOGUE ORTHOPHYSIQUE ARTICULAIRES INTERVENTIONNEL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la PHARMACEUTIQUE BUSINESS CASH OFFICE & BUSINESS CENTER et le 1er Avril 2000 Tél: 05 29 22 88 88 06 82 67 56 67

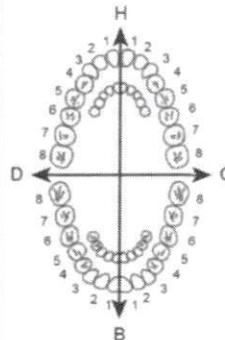
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

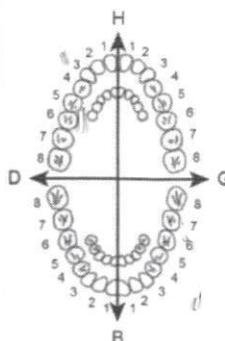
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



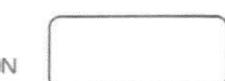
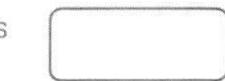
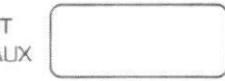
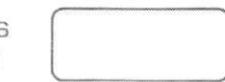
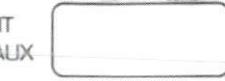
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتورة كوتار الهمو

Dr. Kaoutar LAHLOU

Spécialiste en RHUMATOLOGIE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE

ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

THÉRAPIE PAR PAIRES BIOMAGNÉTIQUES

RHUMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE

KINÉSIOLOGIE HOLISTIQUE

Casablanca, le :

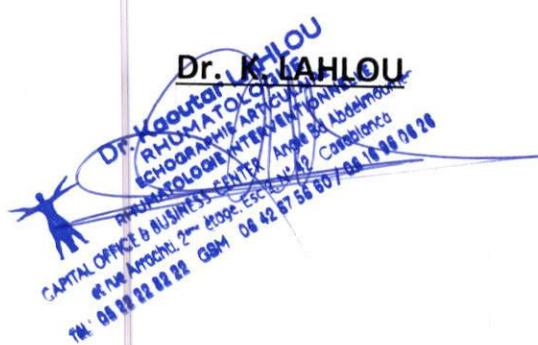
REÇU de : MR DRIOUUECH LOTFI

La somme de : 1600.00 Dirhams
(Mille Six Cent Dirhams).

Infiltrations échoguidées des deux mains

***A droite: radioulnaire inférieure et**
gaine de l'extenseur ulnaire du carpe
***A gauche : gaine du fléchisseur de l'index.**

en date du 06/04/2022.



✉ lahloukaoutar@yahoo.fr ☎ 06 42 67 56 60 / 06 16 96 06 26 ☎ 05 22 22 82 22

⌚ CAPITAL OFFICE & BUSINESS CENTER - Angle Bd Abdelmoumen et rue Arrachti (Station de Tram Wafasalaf),

2^{ème} étage, Escalier 2, N° 42 • Casablanca

Taxe Professionnelle : 36300094 - IF: 40120017 - CNSS : 8594807 - ICE : 001688654000028

Casablanca, le 06/04/2022

Nom : MR DRIQUECH LOTFI

Echographie des poignets et mains
de contrôle

Indication : Rhumatisme psoriasique connu non traité en poussée douloureuse des mains, échographie avant infiltration.

L'exploration échographique de contrôle des poignets et des mains met en évidence : A droite comme à gauche :

- Arthrites avec synovites, épanchements et irrégularités corticales osseuses des radiocarpaines, médiocarpaines et carpométacarpaines prédominant à droite.
- Arthrite de l'articulation radioulnaire inférieure gauche.
- Présence d'une ténosynovite de l'extenseur ulnaire du carpe droit.
- Pas de ténosynovite des autres tendons extenseurs des doigts et des poignets.
- Synovite de la métacarpophalangiennes (MCP) à gauche ;
- Présence de ténosynovite du tendon fléchisseur de l'index gauche,
- Aspect normal du tendon long fléchisseur du pouce des 2 côtés,
- intégrité des autres fléchisseurs des doigts et des poignets.
- Pas d'anomalies associées

On procède à des infiltrations échoguidées des gaines tendineuses de l'extenseur ulnaire du carpe droit et des fléchisseurs de l'index gauche.



✉ lahloukaoutar@yahoo.fr ☎ 06 42 67 56 60 / 06 16 96 06 26 ☎ 05 22 22 82 22

⌚ CAPITAL OFFICE & BUSINESS CENTER - Angle Bd Abdelmoumen et rue Arrachti (Station de Tram Wafasalaf),
2^{ème} étage, Escalier 2, N° 42 • Casablanca

Taxe Professionnelle : 36300094 - IF: 40120017 - CNSS : 8594807 - ICE: 001688654000028



الدكتورة كوتار الهملو

Dr. Kaoutar LAHLOU

Spécialiste en RHUMATOLOGIE
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE

ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

RHUMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE

ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Région : 2 POIGNETS et 2 MAINS

Nom et Prénom : Dr. DRIOUECH Lotfi

Date de l'examen : 06/04/2022

