

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 042281

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6497 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KARSOUS Said  
 Date de naissance : 03 / 02 / 1961  
 Adresse : Tixir 2 N°29 Rue 4 Benachid  
 Tél : 0668021309 Total des frais engagés : 940,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur A. REFASS**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDIE**  
**PEDIATRIQUE**  
 Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98  
 ICE: 001679391000063 - INPE: 091119495  
 Date de consultation : 21 JUIN 2022  
 Nom et prénom du malade : KARSOUS Yalye Age: 60  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Cyphose thoracique  
 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 : Benachid Le : 23 / 06 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
08.06.2022			300.00	<b>Professeur A. REFASS</b> <b>TRAUMATO-ORTHODONTIE</b> <b>PEDIATRIQUE</b> Tel: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98 ICE: 001679391000063 INPE: 091119495

# 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

09/06/2022

272

640.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

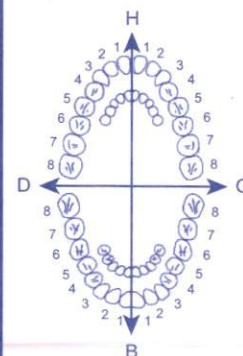
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie  
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le : 08.06.2022

**Nom et Prénom KARSOUS Yahya**

**Cyphose**

**RX Rachis en entier debout Face et Profil.**

**Signé : Pr. A. REFASS**



**Professeur A. REFASS**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDIE**  
**PEDIATRIQUE**

Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 45 98

ICE: 001679391000063 - INPE: 091119495

**Cabinet :** 1, rue des Ibis, angle Bd Abderrahim Bouabid, Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.942.009

Gsm : 0661.160.202 - e-mail : a.refass@gmail.com

**Clinique :** 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028

M U P R A S

N° Admission : 22006082 N° Facture : 22005897 Date facturation : 09/06/2022

Nom et prénom du patient : Mr **YAHYA KARSOUS**

**PRESTATIONS**

**Nombre**

**Prix unitaire**

**Montant**

RACHIS COMPLET F+P CASSE  
11NC 30X120

1.00

640.00

640.00

Sous-Total

**640.00 DH**

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Six cent quarante dirhams**

**Total : 640.00DH**

Adhérent :

Part organisme :

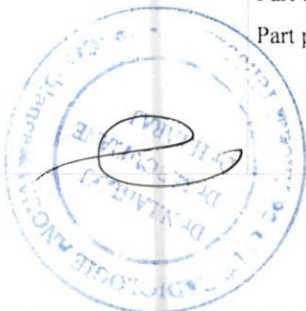
0.00 DH

Mle :

Part patient :

640.00 DH

PC N° :



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 📠 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Casablanca, le 09 Juin 2022

**PR REFASS ABDELOUAHED**

**MR. YAHYA KARSOUS**

### **COMPTE RENDU**

#### **RADIOGRAPHIE DU RACHIS ENTIER FACE ET PROFIL EN CHARGE AVEC CORSET**

- Inflexion thoraco-lombaire à convexité droite avec angle de Cobb mesuré à 4° entre les plateaux supérieur de D8 et inférieur de L3.
- Courbure rachidienne conservée sur le profil.
- Séquelle de maladie de Scheuermann, à type de cunéisation antérieure, avec dédoublement du listel marginal au niveau dorsal moyen et inférieur.
- Bassin symétrique, avec bascule non significative droite de 2mm
- Risser estimé à 5 de façon bilatérale.

**DR BOUZIANE MOUNIA**

  
**RADIOLOGIE ANOUAL**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
Dr. Mounia BOUZIANE  
RADIOLOGUE