

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 canaux, 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 canaux.

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

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0007988

128857

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2310 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MANAR ABDELWAHAB
Date de naissance : 08/11/52
Adresse : ETT HABIBA 129 EL OULFA
Tél. : 0670 39 1833 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/08/22
Nom et prénom du malade : HADAR LATIFA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 :

Le :


Signature de l'adhérent(e) :

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 le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9-6-2022	209,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10-06-22	5/10	209,80

AUXILIAIRES MEDICAUX

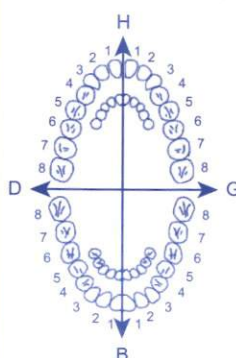
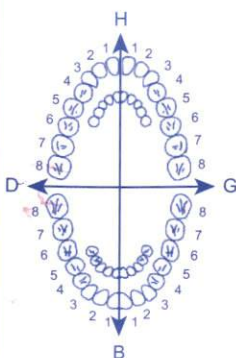
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fayçal AZIZ

Médecin physique

Spécialiste des maladies, des os
et articulations, des muscles,
de la colonne vertébrale
et du système nerveux.
Urodynamique



الدكتور فيصل عزيز

طبيب فزيائي

إختصاصي في أمراض العظام
و المفاصل و العضلات و الدمود الفقري
و الجهاز العصبي
التوروديناميك

Benslimane, le 09/11/22

KADAR Latifa

82,80

- Brieur 20 y



2 y en pain unique le m après op
pt 48 h en 1 y/j le m après
op 08 j

10,25

- Dolstop



52,80

- Valer 20 y

209,80

Dr. Fayçal AZIZ
Spécialiste en Médecine physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 - Benslimane
Gsm: 06 60 11 02 70 - INP: 09101052

LOT : 9917
UT AV : 09-24
P.P.V : 10 DH 20



LOT 210580
EXP 12/2023
PPV 30 00DH

Docteur Fayçal AZIZ

Médecin physique

*Spécialiste des maladies des os
et articulations, des muscles,
de la colonne vertébrale
et du système nerveux.
Urodynamique*



الدكتور فيصل عزيز

طبيب فزيائي

*إختصاصي في أمراض العظام
و المفاصل و العضلات و العمود الفقري
و الجهاز العصبي
اليوروديناميك*

Benslimane, le

09/6/22

7^{me} HADAR Latifa

Insuffisance à niveau de une
poplite droit + boudge

Faire!

Echographie d une poplite
droit!

Dr. Fayçal AZIZ
Spécialiste en Médecine physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 - Benslimane
Gsm : 06 60 11 02 20 - INF : 01 16527

Caisse des Urgences
Ziraoui

Docteur Fayçal AZIZ

Médecin physique

*Spécialiste des maladies des os
et articulations, des muscles,
de la colonne vertébrale
et du système nerveux.
Urodynamique*



الدكتور فيصل عزيز

طبيب فزيائي

**إختصاصي في أمراض العظام
و المفاصل و العضلات و العمود الفقري
و الجهاز العصبي
اليوروديناميك**

Benslimane, le

09/06/22

77

HADAR

latifa

Gonalgie droite + gonalgie gauche.

Faire

Rx du genou droit F + B + change.

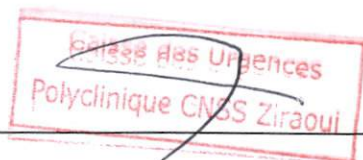
Dr. Fayçal AZIZ
Spécialiste en Médecine physique
Bd Hassan II, 2ème étage Res Walid
N° 04 - Benslimane
Gsm : 06 60 11 02 20 - Tél/Fax : 05 23 29 61 61

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000000 IF: 1602058



N° IPP : 743160		N° SEJOUR : 220018516		FACTURE N° 2203004870		DATE D'ENTREE : 10/06/2022		DATE DE SORTIE : 10/06/2022			
ASSURE :				DESTINATAIRE : HADAR,Latifa							
MALADE : HADAR,Latifa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 5003 RADIOLOGIE							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : M0200021 DR MESTOUR MOHAMED		TOTAUX :		200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 10/06/2022		EDITEE LE : 10/06/2022		PAR: R8174		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				
						DATE AT :				
						Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI				
						BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
						N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54				



Casablanca, le 10/06/2022

NOM : Mme HADAR LATIFA

MEDECIN DMANDEUR : Dr

EXAMEN : Echographie des parties molles du creux
poplité DROIT

- Présence d'une formation au niveau des parties molles du creux poplité fusiforme oblongue, kystique, hypoéchogène hétérogène .et à paroi épaissie, mesurant 40 x 29 x 82 mm évoquant un *kyste poplité avec des formations hyperéchogènes en son sein*

CONCLUSION Aspect en faveur d'un kyste poplité avec des osteo chondromes en son sein

Dr M MESTOUR

