

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067194

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5000 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : MOUHINE Abdelhak

Date de naissance : 02/03/1961

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 61 89 11 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE Hind
Specialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél. : 05 22 90 78 09

Date de consultation : 26/09/2022

Nom et prénom du malade : Mouhine Abdelhak

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : H 2,3 - R 450

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26/09/2011 | ACTE | | 6 | Dr. BENKIRANE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tél.: 05 22 90 78 09 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 26.05.22 | 250 | 500,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

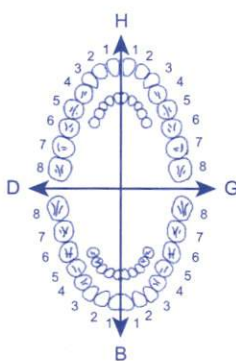
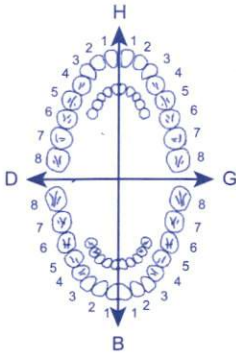
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux
de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse

- Thérapie par onde de choc

- Thérapie par PRP

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

والتأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بلييج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبيلي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبيلي

- فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

- التداوي بالدم

Casablanca, Le : 26/09/2022

Dr. H. Benkirane

Abd. PRO

Echographie main DR

terognite

2^e, 3 Rayons

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
Imm Communal Route d'Azemmour
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tel: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 87 07

Dr. BENKIRANE Hind
Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Tél: 05 22 90 78 09

102, شارع أم الربيع، إقامة سلمى، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا - الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : cabinet.hbenkirane@gmail.com

Casablanca, le 26/09/2022

Facture N° 3020/09/2022

Nom patient : MOUHINE ABDELHAK

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE DES MAINS

Date Examen(s) : 26/09/2022

Montant : 500 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
CINQ CENTS DIRHAMS**

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal Route d'Azemmour
Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
tel : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 26/09/2022

PATIENT : Mr. MOUHINE ABDELHAK
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHOGRAPHIE DES MAINS

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patient dont voici le résultat de l'examen.

ECHOGRAPHIE DES MAINS

TECHNIQUE

Examen réalisé avec une sonde de 18Mhz.

RESULTATS

- ❖ L'échographie comparative des 2ème et 3ème rayons droits, palmaires et dorsaux, retrouve des tendons d'épaisseur normale, d'échostructure échogène, sans anomalie péri tendineuse en regard notable.
- ❖ Les tendons sont mobiles lors des mouvements dynamiques.
- ❖ L'aponévrose palmaire est d'épaisseur normale, de manière bilatérale, sans nodule individualisable à son niveau.

AU TOTAL

Absence d'anomalie tendineuse ou aponévrotique notable en regard du 2^{ème} et 3^{ème} rayons droits.

Confraternellement
DR O. ALAMI

RADIOLOGIE HAY HASSANI
10, Imm Communal, Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca - Tél.: 05 22 90 10 10 - 05 22 90 07 07 - Whatsapp: 07 61 51 24 31
E-mail: radiologiehayhassanianfa@gmail.com - PATENTE : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 2221555 - ICE : 001686337000022