

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-729681

133915

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 133915 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GAMMOUH RIM

Date de naissance : 20/10/1992

Adresse : 66 Rue Ahmed Alacini, quartier Palmier Casablanca

Tél. : 0645 1719 30 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmed Amine ELADILAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Echographie Ostéopathe
Nutrition, Nutritérapie et Nutraceutique
Médecine et Mésothérapie Esthétique

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/08/2022

Nom et prénom du malade : GAMMOUH Rim Age : 30

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

Nature de la maladie : Luxation de l'os du métacarpe droit

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) : /

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
26/08/2011	CS	01	300,00	INF : 081171280 Dr. Ahmed Amine BIADILL Spécialiste en Médecine du Sport Echographie Ostéopathie Nutrition - N

Dr. Ahmed Amine BIADILLAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Echographie Ostéopathie
Nutrition, Nutrithérapie et Nutraceutique
Médecine et Mésothérapie Esthétique

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IBN NAFIS التصوير الطبي و الإشعاعي Radiologie & Imagerie Médicale I.C.E : 002020012000030	20/08/2022	Eche	500,00

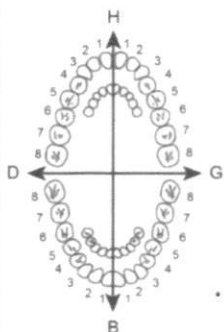
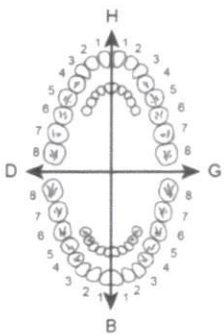
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Ahmed Amine
BIADILLAH

دكتور أحمد أمين بيد الله

Spécialiste en médecine du Sport
Échographie
Médecine manuelle et ostéopathie
Médecine et mésothérapie esthétique
Nutrition, nutrithérapie et nutraceutique

الطب الرياضي
الفحص بالصدى
الطب اليدوي والتقويمي
المزوتيرابيا
علم التغذية والحمية

Casablanca, le 26/08/2022

M^{me} GAMMOUN Rim :

Faire op. Echographie de la main gauche

RCI suspicion de lésion du tibia fémoral gauche

Dr. Ahmed Amine BIADILLAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Echographie Ostéopathie
Nutrition, Nutrithérapie et Nutraceutique
Médecine et Mésothérapie Esthétique

IBN NAFIS ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
532, Bd. Panoramique, Casablanca



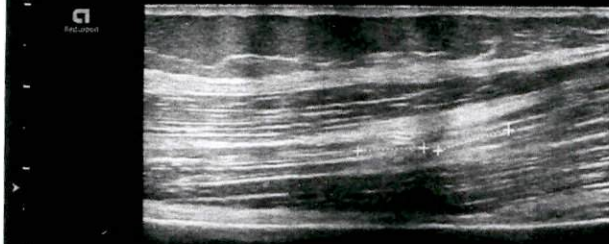
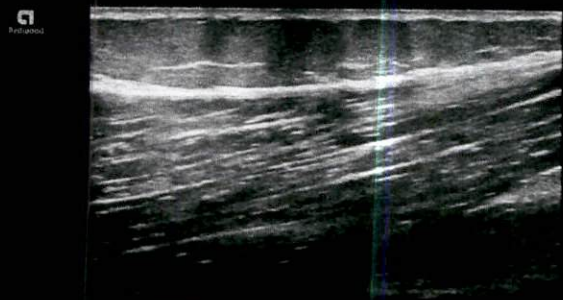
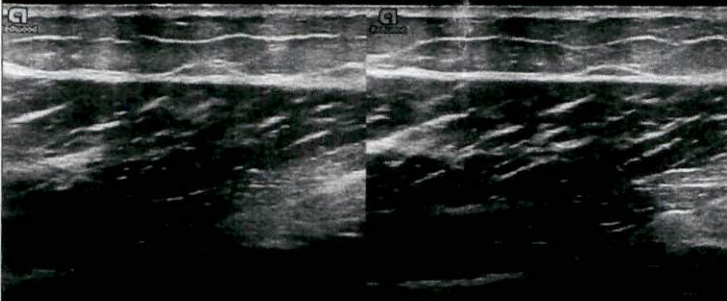
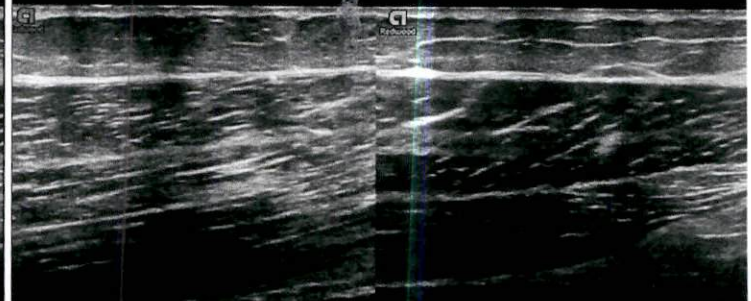
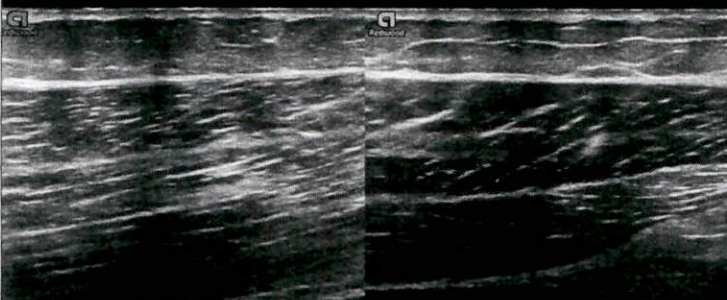
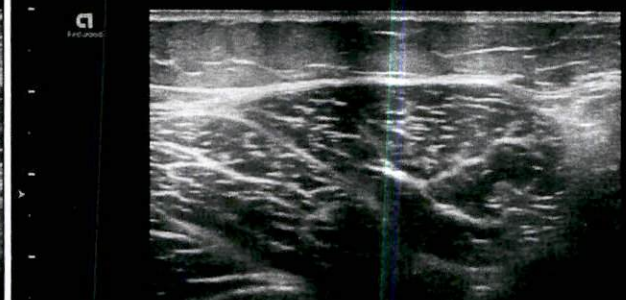
FACTURE N°:	2309/2022
DATE FACTURE	30/08/2022
DATE EXAMEN	30/08/2022

GAMMOUH RIM

Désignation	Montant
ECHOGRAPHIE DE LA CUISSE	500,00
<u>TOTAL</u>	500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de CINQ CENTS DHS

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
i.C.E. 002612012000030

D
DJH RM
022_17_31_14
00 17 47 00JH RM
022_17_31_14
00 17 47 00JH RM
022_17_31_14
00 17 47 00JH RM
022_17_31_14
00 17 47 00JH RM
022_17_31_14
00 17 47 00JH RM
022_17_31_14
00 17 47 00



CASABLANCA, le 30/08/2022

PATIENT: GAMMOUH RIM**DR AHMED AMINE BIADILLAH****ECHOGRAPHIE CUISSE GAUCHE**

- Présence de plages centimétrique au niveau du corps musculaire du muscle biceps fémoral sans rupture des fibres
- Absence de lésion myoaponévrotique
- Absence d'anomalies au niveau des enthèses
- Absence d'anomalies au niveau des autres muscles ischiojambiers

Conclusion

- Plages de contracture chronique du corps musculaire du muscle biceps fémoral

Merci de votre confiance.

Signé : **Pr SIWANE**

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
I.C.E : 002620012000030