

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-769676



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

732661
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUDJED KIRI MOULAY IDRISS

Date de naissance : 15/17/67

Adresse : 57 Rue 35 lot Al Aïmoun CASA

Tél. : 06 613 12 755

Total des frais engagés : 2300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENKIRANE Hind

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Tél. : 05 22 90 78 09

Cachet du médecin :

25/11/22

Date de consultation :

25/11/22

Nom et prénom du malade :

Oudjed Kiri Hydriss

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 3/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

Oudjed Kiri



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
1/05/2012	1/05/2012		300,00 6 HT	INP : 09111867813 Dr. BENKIRANE Hind Spécialiste en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle Tel. : 05 22 90 78 09
2/05/2012				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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	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-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
				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'EXÉCUTION

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

و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بلييج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبليي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبليي

فحص بالصدى للمفاصل و العضلات

- التداوى بالدم

Casablanca, Le

22/11/2022

H^R ou dghiri
My - Idhri

IRH Lmsain

aff face exten - forch

Dr.

ATD d- # femur opac.

(halo-plate)

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

RADIOLOGIE ZERKTOUNI
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkouni
Angle Rue des Hôpitaux
Casablanca - Tél.: 05 22 88 11 11
ICE : 0024 409500096

el femur n- H.D. pourront
consulter Radiologie.

102، شارع أم الريبع، 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

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le , 23/11/2022

DR. HIND BENKIRANE

Mr. OUDGHIRI MOULAY DRISS

COMPTE RENDU

IRM LOMBAIRE :

Indication :

Sciatalgies L5 gauches.

Technique :

Sagittales T1, T2, STIR, coupes axiales T2, CUBE T2.

Résultat :

- Mise en évidence d'une discopathie L5-S1 avec hernie discale postéromédiane latéralisée à droite
- Respect des autres disques intersomatiques.
- Absence d'anomalie de signal des différents corps vertébraux présentent une hauteur normale et des contours respectés
- Absence de signe de canal lombaire étroit absence d'anomalie du cône médullaire.

Conclusion :

- Hernie discale L5-S1 latéralisée à droite responsable d'un conflit radiculaire :

DR. A. BELHOUCINE

Dr. BELHOUCINE A. FATTAH
Radiologie Diagnostic et Interventionnelle
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkouni
Angle Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 88 11 11 - INPE : 091018788

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 21612 Mot de Passe : 1973

Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille
Ancien PH des Hôpitaux de France

Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 23/11/2022

Facture N° 3997/22

Nom patient : **OUDGHIRI MOULAY DRISS**

Examen(s) réalisé(s) : **IRM LOMBAIRE**

Montant : **2000 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE DH

