

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

M22- 0041595

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10608 Société : Ram (De'lache')
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL AOUAD ADIL
 Date de naissance : 09/07/1977
 Adresse : habituelle
 Tél. : 0661516371 Total des frais engagés : 1287DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur A. REPASS**
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE
 Tél. : 0522 94 20 00 - 0522 29 95 98
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL AOUAD Ghita 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 : Casa Le : 23 NOV 2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
23 NOV 2022			300,00	Professeur A. HASSANI TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIQUE PÉDIATRIQUE Tél: 0522 94 20 00 - 0522 25 05 93 ICE: 001679391000063 - INPE: 091112453

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23 11 22

187,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

07.12.22

280

800,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

26/12/2022

20 AM 2x4

2x150,00

300,00 DHS

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

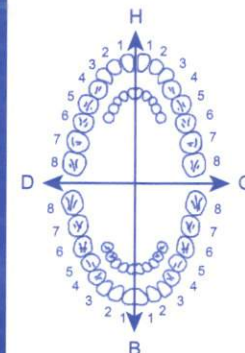
Coefficient

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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

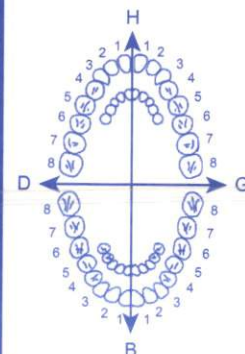
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

23 NOV. 2022

ORDONNANCE

Nom & Prénom : EL AOUAD Ghita



EMULSION REPARATRICE
LOT : CIX56
EXP: 08/2025
PPC: 187.00DH

B5

Addax émulsion réparatrice.

Applications locales.



Signé : Pr. A. REFASS

Professeur A. REFASS
TRAUMATO-ORTHOPEDIE
PEDIATRIQUE

Tél.: 0522 94 20 00 - 0522 25 95 98
Fax: 0522 93 91 00 063 - INPE: 091119495

Cabinet : 56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis - 5ème étage - Casablanca
Tél. : 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - Email : a.refass@gmail.com

Clinique Artal : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028

IF : 2221555

Casablanca, le 07/12/2022

Facture N° 3917/12/2022

Nom patient : EL AOUAD GHITA

Examen(s) réalisé(s) : RACHIS ENTIER FACE/PROFIL

Date Examen(s) : 07/12/2022

Montant : 800 DH

Montant Produits : 0,00 DH

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

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal route d'Azzammour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07
Fax : 05 22 93 37 13

10, Imm. Communal. Angle route d'Azzammour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Professeur A. REFASS
Chirurgie et Traumatologie
Orthopédie Pédiatriques
237, Boulevard Azemmour - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 34 20 09
E-mail: a.refass@gmail.com

23. 11. 2022

Nom et Prénom : **EL AOUAD Ghita**

Scoliose

RX Rachis en entier debout Face et Profil

Signé : Pr. A. REFASS

Professeur A. REFASS
Chirurgie et Traumatologie
Orthopédie Pédiatriques
237, Boulevard Azemmour - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 34 20 09
E-mail: a.refass@gmail.com

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

Cabinet 56, Boulevard Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis- 5ème étage - Casablanca
Tél. : 0522.942.000 / 0522.942.009 / 0522.259.598 / 0661.160.202 / 0667.848.386 - E-mail : a.refass@gmail.com

Clinique Atlas 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca
Tél. : 0522.231.818 (8 LG) - 0661.667.356 - Fax : 0522.235.028

**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

07/12/2022

PATIENT : Mlle. EL AOUAD GHITA
MEDECIN TRAITANT : ABDELOUAHED REFASS
EXAMEN(s) REALISE(s) : RACHIS ENTIER FACE/PROFIL

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

RACHIS EN ENTIER
FACE ET PROFIL
Debout avec corset

- ❖ Scoliose lombaire à convexité droite de 15° , les vertèbres de référence sont L1 et L4.
- ❖ Scoliose dorsale sus jacente compensatrice de 16° , les vertèbres de référence sont D7 et D12.
- ❖ Rectitude dorso lombaire avec une cyphose dorsale de 27° et une lordose lombaire de 14° .
- ❖ Bascule du bassin à gauche de 1,01cm.
- ❖ Risser côté à 2.

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
Contratement
DR. O. ALAMI
10, Immeuble Communal Kasbah Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07