

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

M23-000812

6685

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12714 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOULKHATIB Soufiane

Date de naissance : 06/02/1986

Adresse : Résidence Louise 2 D201 Bd du grand Théâtre Casablanca

Tél. : 0679161044 Total des frais engagés : 850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2023

Nom et prénom du malade : ABOULKHATIB Soufiane Age: 37

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

Nature de la maladie : Maladie Adénocarcinome

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 : Casablanca

Le : 10/04/2023

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
01/03/23	Ordonnance			

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
	14/03/23	254	600 Dh


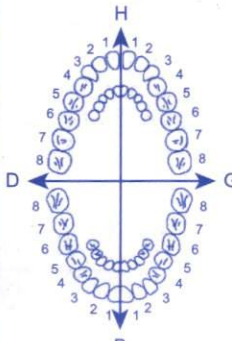
AUXILIAIRES MEDICAUX

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														
																	
			CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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

الدكتورة أيت محمد ليلي
إختصاصية في أمراض
الطفل والرضيع

Dr Ait M'hamed Laila
Pédiatre
Maladies du nouveau-né,
du nourrisson et de l'enfant



04/08/2022

BB Aboukhatib Auis

- J36 de vie
 - grossesse gémellaire / - siège ?? probable
 - Asyntrie gestulation
- ↳ Faire sup une
télégraphie 1 Hm che



Professeur Mohamed KSIYER
RADIOLOGUE

Dr AIT M'HAMED LAILA
PÉDIATRE
249, Bd Yacoub El Mansour, Résidence,
Mansour, 2^{ème} étage, Apt 3, Casablanca
0522 39 39 04 / 0666 11 79 79

249, Boulevard Yacoub El Mansour
Résidence El Mansour, 2^{ème} Etage, Apt3, Casablanca

T. 05 22 39 39 04 | Urgences. 06 66 11 79 79 | Email : draitmhamed@gmail.com

Radiologie Ksiyer

Docteur Mohamed Ksiyer

Radiologue

Ex. Professeur de Radiologie

à la Faculté de médecine - Casablanca



الفحص بالأشعة قصير

الدكتور محمد قصير

استاذ الفحص بالأشعة

محاضر سابقا بكلية الطب

الدار البيضاء

• Imagerie
Adultes et Enfants,

• Scanner
corps entier,

• Radiologie
numérique

• Echographie

• Echo Doppler

• Ostéodensitometrie

• Panoramique
dentaire

• Mammographie

• Imagerie
de la Femme

• IRM
sur Rendez-vous

Casablanca le 14 / 03 / 2023

Facture n°0145 /03 / 2023

Noms et prénoms : BB. ANIS ABOULKHATIB

Nature d'examen : ECHOGRAPHIE (Z 54)

Montant : 600 DH Six Cents Dirhams

Mode de règlement : espèces

Professeur Mohamed KSIYER
RADIOLOGUE
091157511

Radiologie Ksiyer

Docteur Mohamed Ksiyer

Radiologue

Ex. Professeur de Radiologie
à la Faculté de médecine - Casablanca



الفحص بالأشعة قصير

الدكتور محمد قصير

أستاذ الفحص بالأشعة
محاضر سابقا بكلية الطب
الدار البيضاء



Casablanca le 14 MARS 2023

• Imagerie
Adultes et Enfants,

• Scanner
corps entier,

• Radiologie
numérique

• Echographie

• Echo Doppler

• Ostéodensitometrie

• Panoramique
dentaire

• Mammographie

• Imagerie
de la Femme

• IRM
sur Rendez-vous

Nom prénom du patient : BB. ANIS ABOULKHATIB 1M15J
Nom du Médecin traitant : Dr. L. AIT M'HAMED

Echographie des hanches

Technique de Tréguier - Couture : Examen réalisé en contrainte d'adduction

Résultat :

Mesure de l'épaisseur du fond cotyloïdien (FC) (=distance pubo-fémorale) :

FC Hanche droite : 5,3 mm,

FC Hanche gauche : 4,6 mm

Différence entre les FC des deux hanches < 1.5 mm,

Mesure du pourcentage de couverture osseuse (CO)

CO droite supérieure à 50%

CO gauche supérieure à 50%

Vessie et reins normaux

Conclusion :

Aspect morphologique et dynamique normal des hanches

Une radiographie du bassin est souhaitable à l'âge de 4 mois

Respectueusement
Professeur Mohamed KSIYER

Professeur Mohamed KSIYER
RADIOLOGUE
09 11 57 51 11