

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123.15 Société : R.A.M. A.S.A.T.S

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUGZOU L. D.N.A.R.

Date de naissance : 02.01.1985

Adresse : Appt 1 Imm AS Res. OASIS SQUARE  
CASABLANCA

Tél. : 06.64.29.26.67 Total des frais engagés : 800 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENNANI FAYCAL  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
CHIRURGIE DU SPORT  
0911616660

Date de consultation : 21.03.2013

Nom et prénom du malade : Bougzaoui D. m.s. Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Douleur du mollet gauche

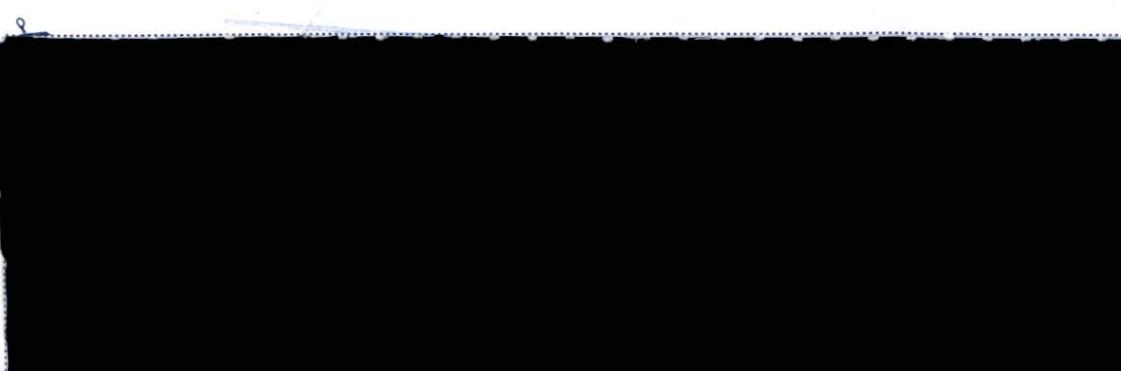
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



#### 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
21.13.03	CS		300.04	Dr. BENNANI FAYCAL TRAUMATO-ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT

## 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
YONV 18530 URGENCE PARISIENNE VATIA VI 01/01/2014	22/03/23	Échec	500

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of numbered circles. The numbers are arranged as follows: the center circle is 1; the perimeter circles are 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; the next layer in is 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; and the innermost layer is 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Arrows point from the center circle (1) to the perimeter circles (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), and from each of these perimeter circles to the next layer in (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). The grid is bounded by a large circle with a horizontal axis labeled D (left) and G (right) and a vertical axis labeled H (top) and B (bottom).

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

Date : ...../...../.....

21/03/2023

## Ordonnance

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr ACHARGUI . A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr BENNANI . F

Chirurgien

Orthopédiste

**MR BOUGZOUL OMAR**

**ORTHO'S**  
-SUSPICION D'UNE LÉSION  
MUSCULAIRE AU NIVEAU DU MOLLET  
GAUCHE.

→ ECHOGRAPHIE DU MOLLET  
GAUCHE.

**Dr. BENNANI FAYCAL**  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
TPE - 091/666660  
105, Bd. 02 Mars, RDC  
Casablanca

Centre de Réadaptation et de Traumatologie de Casablanca  
Rue Abdellatif Laâbi  
Tél. : 0522 49 73 73 - Casablanca II

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthosport@gmail.com

## F A C T U R E

**N° de l'admission** : 23001806      **N° Facture :** 23001782      **Date facturation :** 22/03/2023

Nom et prénom du patient : **OMAR BOUGZOU**

Convention :      ICE :

Traitements : **Examen radiologie**      Entrée: 22/03/2023 Sortie: 22/03/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE DE LA JAMBE G			500.00
		Sous-Total	<b>500.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Cinq cents dirhams**      **Total** : **500.00**

Immatriculation :      :

N° prise en charge :      :

Notre compte bancaire :


  
 Tel: 0522 491373 - Casablanca  
 2, Rue d'Agadir Angle Hassan II  
 RADIOLOGIES LA WILAYA

## Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire  
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 22 Mars 2023

**NOM ET PRENOM: BOUGZOUL OMAR**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR FAYCAL BENNANI**

**EXAMEN REALISE : ECHOGRAPHIE DE LA JAMBE G**

### Résultat

- Présence d'un foyer de désorganisation architectural sous aponévrotique du chef médial du muscle gastrocnémien, mesurant 7.7mm d'épaisseur et étendu sur 56.6mm.
- Absence d'autre anomalie musculaire décelable.
- Lame de collection décelable, en regard à paroi épaisse, sans calcification pariétale.
- Absence d'anomalie des parties molles sous cutanées.

### CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'une désinsertion myo-aponévrotique du chef médial du gastrocnémien grade 3.*

En vous remerciant de votre confiance

DR M. ALAOUI BOUHAMID

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID  
Médecin Radiologue