

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.



158258

Déclaration de Maladie : N° P19-0008034

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4919 Société : _____
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
 Nom & Prénom : ABDOU Mohamed Date de naissance : 28/9/62
 Adresse : habituelle
 Tél. : 0660.200.687 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/23
 Nom et prénom du malade : ABDOU Mohamed Age : _____
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Gonorrhée
 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 : 14/02/23
 Signature de l'adhérent(e) : _____

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

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
14/01/05			300,00	Dr. N. LAFITE TRAUMATOLOGUE 75, Boulevard Tél : 05 22 25 25 0 Fax : 05 22 25 25 0

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborant et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR BENHADJ BOU Tél: 05 22 27 44 27 / 27 44 27 44 27	15/01/23	Dans le cadre d'un examen de la cavité Région DPF 30	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

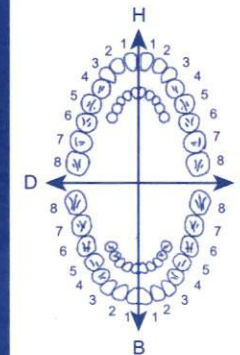
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

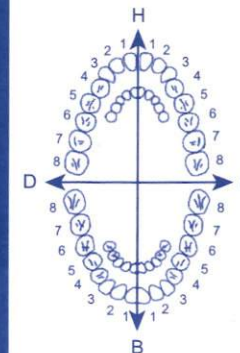
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
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

Dr. N. Latif- IDRISSE

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

Chirurgien Orthopédiste

جراحة العظام و المفاصل

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédie

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية جراحة العظام و المفاصل

بسم الله

Casablanca, le :

14.01.02

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

① Dr. N. Latif IDRISSE
AP + STPL
② Pansio fume
cherg -

③ Dr. N. Latif IDRISSE
AP

119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 44 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72
DR. BENHADDOU
CASA RADIOLOGIE

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
75, Boulevard Al Khadra - Casablanca
Tél. : 05 22 25 16
Fax : 05 22 25 07



Casablanca, le 19/04/2023

FACTURE :03856/2023

Nom & Prénom : **ABDOU MOHAMED**

Examen(s)	
PANGONOGRAMME RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P RADIOGRAPHIE DU GENOU GAUCHE F/P + DFP 30°	
Montant TOTAL	1500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
mille cinq cents (1500 DH)

CASA RADIOLOGIE
Dr BENHADDOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72



Médecin Traitant : **DR N. LATIF IDRISSE**

Nom du patient : **MR ABDOU MOHAMED**

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P

Discrète attitude scoliotique.

Pas de lésion osseuse vertébrale évolutive.

Ostéophytose débutante sans pincement discal.

Pas de tassement vertébral.

Respect des lignes vertébrales et pas de lyse isthmique ni de spondyloptose.

Pas d'anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée.

PANGONOGRAMME

L'axe global CC' des membres inférieurs passe en dedans du point I centre du genou : genu varum bilatéral.

A droite, l'angle de déviation angulaire corrigée est de 10° (angle de déviation angulaire globale+l'angle de déviation angulaire physiologique) 7+3.

A gauche, l'angle de déviation angulaire corrigée est de 14° (11 + 3).

Pas d'inégalité significative de longueur des membres inférieurs.

Pas de bascule du bassin.

RADIOGRAPHIE DU GENOU F/P ET DFP A 30°

Ostéophytose débutante fémoro-tibiale et spinale sans pincement articulaire fémoro-tibial significatif et ostéophytose rotulienne.

Ostéochondrome en regard de l'épine tibiale externe.

Pas de calcification chondroméniscale.

Pas de dysplasie trochléo-patellaire et pas de luxation rotulienne externe.

Bien confraternellement à vous.

DR Y. BENHADDOU

N/B : Pour visualiser les images de ce patient sur votre PC, utilisez le lien :

<http://casaradiologie.ddns.net:8081/images> Login : 415174 Mot de Passe : 234906

CASA RADIOLOGIE
Dr BENHADDOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72