

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.

N° W21-811023

168760

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) *8899*

Matricule : Société :

Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : *CHEKITA ABDELLAH*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0661 319 358* Total des frais engagés : *708,0* Dhs

Cadre réservé au Médecin
*Abdelhafid MELIANI
 Médecine Physique et Rééducation
 Médecine du Sport
 28 Bis, Bd Mly Idriss 1er - Casablanca
 Tél. : 05 22 80 60 60 / 06 13 33 31 31*

Cachet du médecin :

Date de consultation : *17-12-2022*

Nom et prénom du malade : *CHEKITA ABDELLAH* Age:

Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : *Affection chronique*

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.

 **MUPRAS**
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité 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 : *18/10/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *I. BOUACHE*

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
17.7.23	C3		3000 DH	INP : 091112243 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOLEES Dr. S. EL MANSI Bouchra 30, Rue Mausole A. Hôpital Casa - Tel: 05 22 86 28 99	17/07/23	152,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CELESTE LABORATOIRE DE MÉDECINE NUCÉAIRE</i>	17/07/23	<i>Bpx2f C7x4</i>	<i>286,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Abdelhafid MELIANI



Ancien Assistant du C.H. de NANCY
Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation
Electromyographie
Urodynamique

الدكتور عبد الحفيظ ملياني

اختصاصي في الطب الفيزيائي والترويض
في أمراض الروماتيزم وأمراض العظام والمضلاط
تخطيط الأعصاب والعضلات بالكهرباء
الطب الرياضي

Casablanca le,..... 17.7.23 الدار البيضاء في

CETEL KHA

Abdelhafid

Arxib ط 90 152,00



cep 10 - X. 06

LOT : 230778
EXP : 04/2026
PPV : 152,00DH



Dr Abdelhafid MELIANI

Ancien Assistant du C.H. de NANCY
Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation
Electromyographie
Urodynamique



الدكتور عبد الحفيظ ملياني

الطب الفيزيائي والترويض
في أمراض الروماتيزم وأمراض العظام والعضلات
تخطيط الأعصاب والعضلات بالكمبيوتر
الطب الرياضي

الدار البيضاء في ١٧-٧-٢٣ Casablanca le,.....

CHECKLISTA Absentia

Reelin Loub Fe 8

Abdelhafid MELIANI
Medecine Physique et Rééducation
Medecine du Sport
Ch. Miss 1er - Casablanca
Tél: 33 33 31 11

F A C T U R E

N° de l'admission : 23006167 **N° Facture** : 23006012 **Date facturation** : 18/07/2023

Nom et prénom du patient : **ABDELILAH CHELKHA**

Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie** Entrée: 18/07/2023 Sortie: 18/07/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS LOMBAIRE F/P			204.80
		Sous-Total	204.80
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR HABCHAOUI SANAA			51.20
		Sous-Total	51.20

RETIENUE HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenue
DR HABCHAOUI SANAA	10	51.20	5.12
		Sous-Total	5.12

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux cent cinquante six dirhams

Total : 256.00

Part patient 256.00

Notre compte bancaire :

Adhérent

Mle

PC N°



Casablanca, le 18 Juillet 2023

DR MELIANI ABDELHAFID

MR. CHELKHA ABDELILAH

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE FACE ET PROFIL

- Hauteur disco somatique conservée.
- Ebauche du bec ostéophytique marginal antérieur en L4-L5.
- Aspect court des pédicules.
- Absence d'anomalie notable des arcs postérieurs.

Conclusion :

- Lombarthrose débutante en L4-L5.
- Aspect court des pédicules faisant suspecter un canal lombaire étroit à confronter au contexte clinique et à compléter par une TDM lombaire.



DR N. LAHLOU