

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 : 27.30

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Henda CHFIRI

Date de naissance :

Adresse : 14 Rue D ANFA casa

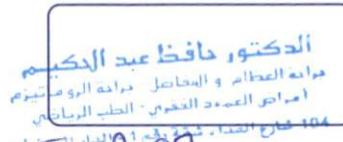
Tél : 06 77 69 31 20

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/08/2023

Nom et prénom du malade : BICHRI

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 : 01/08/2023

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
07/8/25		C 2	Gros Chir.	الدكتور حافظ عبد الله جراحة العظام والطب المنوي - جراحة المريض أخصاص العصب والغضروف - جراحة المريض طبيب الأسنان - طبيب الأطباء شارع النصر، شقة رقم 104 هاتف/fax: 0522803803

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Radiologie S.A.S. 141 Orthodontie 141 Dentisterie 141 Anesthésie 141 Tél: 0522803803	05/08/25 10/23	Echog. Epan. le	480 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

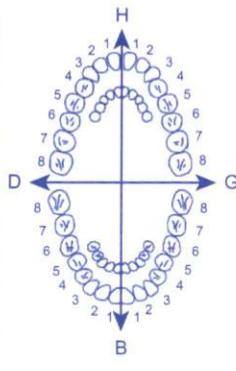
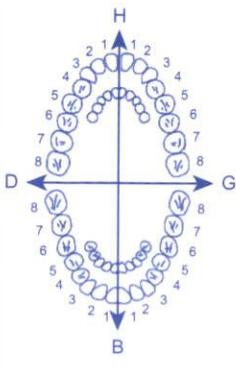
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																
																																				
																																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS																																
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H	21433552																																			
25533412	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
H	21433552																																			
25533412	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
H	21433552																																			
25533412	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
H	21433552																																			
25533412	00000000																																			
00000000	00000000																																			
35533411	11433553																																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DE L'EXECUTION																																

Docteur Hafid Abdelhakim

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

الدكتور حافظ عبد الحكيم

جراحة العظام والمفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهريّة
جراحة اليد
أمراض و جراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي

Casablanca le : 01/8/23

Bichri tounis

Notre 2 Traumatisme equal 6
qui Fracture un Jeûne humérus
Péculaire 1 mm
Fissure & luxation Cuff +
fracture

Docteur Hafid Abdelhakim
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale Chirurgie de la Main
Maladies de la Colonne Vertébrale

RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614006000058
111, Bd Anoual

Tél: 05 22 86 09 99 - GSM: 06 63 57 42 60

Casablanca, le 05 Août 2023

DR HAFID ABDELHAKIM

MME. BICHRI TOURIA

COMPTE RENDU

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE

- Cette étude retrouve un aspect fortement remanié de la corticale osseuse en regard du tubercule majeur associé à un aspect hypoéchogène du tendon supra-épineux qui est le siège de quelques calcifications. Ces calcifications sont également visibles au niveau du tendon infra-épineux déterminant un aspect arciforme.
- Il n'y a pas de rupture tendineuse identifiable.
- Aspect normal du tendon sous scapulaire.
- Le tendon long biceps en place avec une lame d'épanchement dans la gouttière bicipitale.
- Il n'y a pas d'épanchement au niveau de la bourse sous acromio-deltoïdienne.

Conclusion :

Remaniement osseux en regard du tubercule majeur associé à une tendinopathie calcifiante intéressant aussi bien le supra-épineux que l'infra-épineux, sans zone de rupture décelable.



F A C T U R E

N° de l'admission : 23006717 N° Facture : 23006547 Date facturation : 05/08/2023

Nom et prénom du patient : **TOURIA BICHRI**

Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie** Entrée: 05/08/2023 Sortie: 05/08/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO EPAULE			384.00
		Sous-Total	384.00
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR FARAJ HAMZA			96.00
		Sous-Total	96.00

RETIENUE HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenue
DR FARAJ HAMZA	10	96.00	9.60
		Sous-Total	9.60

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cent quatre-vingt dirhams

Total : 480.00

Part patient 480.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MME BICHRI TOURIA
 Mle : 0002730
 PC N° :

RADIOLOGIE ANOUAL
 111, Boulevard Anoual | Casablanca | ICE: 0016140600058
 Tél: 05 22 86 09 99 | Gsm: 06 63 57 42 60