

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-013006

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARIT Abdelghani

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, Hay Messaoudia Rue 18 c/d CASR

Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/09/2023

Nom et prénom du malade : CHARIT Abdelghani

Age : 15.7.67

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : pathologie chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 26-09-2023

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 : CASR

Le : 12/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 2019


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
11/09/13	C		C	Dr. HOUDA EL YATIME Médecin Service des Urgences CHP Ben M'sik

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
	12/09/13	JAN Imbaine	2400,000

AUXILIAIRES MEDICAUX

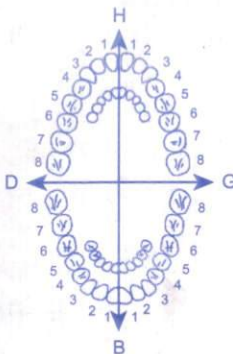
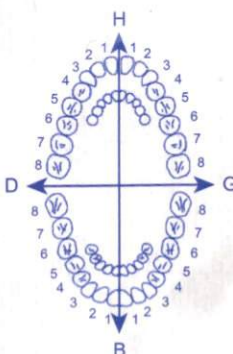
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

ORDONNANCE

Aina, Le: 11/09/23

CHABIT Abdelghani

- les talpes seules
Traitement médical

=> Javon SVP

= RM Radio de bon cœur

Dr. HOUDA EL YATIME

Médecin

Service des Urgences

CHP Ben M'sik

RADIOLOGIE ANNUAL 13.2
N° d'identification & Descriptif du Matrec
15.2: 00163 4006000005g
17.1: 301 4006000005g
18.2: 00163 4006000005g
19.2: 00163 4006000005g
20.2: 00163 4006000005g
21.2: 00163 4006000005g
22.2: 00163 4006000005g
23.2: 00163 4006000005g
24.2: 00163 4006000005g
25.2: 00163 4006000005g
26.2: 00163 4006000005g
27.2: 00163 4006000005g
28.2: 00163 4006000005g
29.2: 00163 4006000005g
30.2: 00163 4006000005g
31.2: 00163 4006000005g
32.2: 00163 4006000005g
33.2: 00163 4006000005g
34.2: 00163 4006000005g
35.2: 00163 4006000005g
36.2: 00163 4006000005g
37.2: 00163 4006000005g
38.2: 00163 4006000005g
39.2: 00163 4006000005g
40.2: 00163 4006000005g
41.2: 00163 4006000005g
42.2: 00163 4006000005g
43.2: 00163 4006000005g
44.2: 00163 4006000005g
45.2: 00163 4006000005g
46.2: 00163 4006000005g
47.2: 00163 4006000005g
48.2: 00163 4006000005g
49.2: 00163 4006000005g
50.2: 00163 4006000005g
51.2: 00163 4006000005g
52.2: 00163 4006000005g
53.2: 00163 4006000005g
54.2: 00163 4006000005g
55.2: 00163 4006000005g
56.2: 00163 4006000005g
57.2: 00163 4006000005g
58.2: 00163 4006000005g
59.2: 00163 4006000005g
60.2: 00163 4006000005g
61.2: 00163 4006000005g
62.2: 00163 4006000005g
63.2: 00163 4006000005g
64.2: 00163 4006000005g
65.2: 00163 4006000005g
66.2: 00163 4006000005g
67.2: 00163 4006000005g
68.2: 00163 4006000005g
69.2: 00163 4006000005g
70.2: 00163 4006000005g
71.2: 00163 4006000005g
72.2: 00163 4006000005g
73.2: 00163 4006000005g
74.2: 00163 4006000005g
75.2: 00163 4006000005g
76.2: 00163 4006000005g
77.2: 00163 4006000005g
78.2: 00163 4006000005g
79.2: 00163 4006000005g
80.2: 00163 4006000005g
81.2: 00163 4006000005g
82.2: 00163 4006000005g
83.2: 00163 4006000005g
84.2: 00163 4006000005g
85.2: 00163 4006000005g
86.2: 00163 4006000005g
87.2: 00163 4006000005g
88.2: 00163 4006000005g
89.2: 00163 4006000005g
90.2: 00163 4006000005g
91.2: 00163 4006000005g
92.2: 00163 4006000005g
93.2: 00163 4006000005g
94.2: 00163 4006000005g
95.2: 00163 4006000005g
96.2: 00163 4006000005g
97.2: 00163 4006000005g
98.2: 00163 4006000005g
99.2: 00163 4006000005g
100.2: 00163 4006000005g

FACTURE

N° de l'admission : 23007681 N° Facture : 23007519 Date facturation : 12/09/2023

Nom et prénom du patient : ABDELGHANI CHARIT

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 12/09/2023 Sortie: 12/09/2023

PRESTATIONS		Nombre	Prix unitaire	Montant
	IRM LOMBAIRE			1 920.00
			Sous-Total	1 920.00
PRESTATIONS EXTERNES		Nombre	Prix unitaire	Montant
	DR. LAHLOU NEZHA			480.00
			Sous-Total	480.00

RETENU HONORAIRE :

MÉDECIN		Taux (%)	Montant	Montant de retenu
	DR LAHLOU NEZHA	10	480.00	48.00
			Sous-Total	48.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

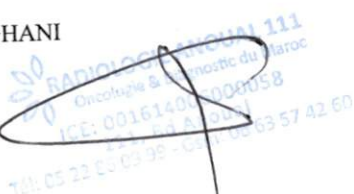
Deux mille quatre cents dirhams

Total : 2 400.00

Part patient 2400.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MR CHARIT ABDELGHANI
Mle : 08163
PC N°


RADIOLOGIE ANOUAL 111
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 00161406 000058
Tél: 05 22 60 63 95 - 05 22 60 63 57 42 60

Casablanca, le 12 Septembre 2023

DR. H. EL YATIME

MR. CHARIT ABDELGHANI

COMPTE RENDU

IRM LOMBAIRE

Technique :

Examen réalisé en coupes sagittales T1, T2, axiale en T2.

Résultat :

- Respect de la lordose physiologique.
- Hauteur et alignement des corps vertébraux conservés ne montrant pas d'anomalie focale de signal osseux.
- Canal lombaire de dimensions satisfaisantes.
- En L4-L5 : discopathie dégénérative protrusive modérée (stade 3 de la classification de pfirman) avec une protrusion discale foraminale gauche.
- Absence d'anomalie notable des arcs postérieurs.
- Aspect normal du cône terminal des racines de la queue de cheval.

Conclusion :

Discarthrose en L4-L5 avec une protrusion discale foraminale gauche.

DR. LAHLOU NEZHA
RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
ICE: 001614000000058
111, Bd Anoual
05 22 86 09 99
06 63 57 42 60
RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Nezha LAHLOU
RADIOLOGUE