

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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.

M23-006016

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50049

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABOUBAKIR KHADDOUJ

Date de naissance :

Desbriñidad Blas. 501 N° 376 Hoyit

Adresse :

1934 - 01 - 01

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/09/2023

Nom et prénom du malade : ABOUBAKIR KHADDOUJ

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

polyarthrite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

13 DEC. 2023

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
07/10/2023	visite		300Dh	 Dr. Hicham Casabla
27/10/2023	infarction		600Dh	 Dr. Hicham Casabla

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Radiologie Bd Dumezil Bvd Catalanica - 26200 Tél: 05 22 93 02 92	22/09/09 22	R. T. 100 R. 100	600,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

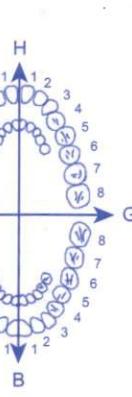
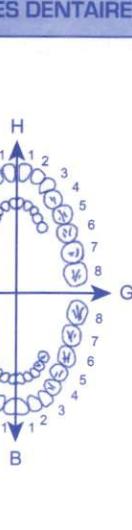
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																				
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			G	00000000	00000000	35533411 11433553			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		H	25533412	21433552																					
		D	00000000	00000000																					
		-----																							
		G	00000000	00000000																					
35533411 11433553																									
B																									
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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																									

Casablanca, le 07/09/2023

ORDONNANCE

Nom : Khaddaj

Prénom : Nour ouzbi dr.

Rx { - Epule gte S12  
- Main G S12

مصحة  
الدار البيضاء  
Anglais: 10 Batinia et Rue 93, Quartier: La Famille  
Français: Derb Ghallef Maârif, Casablanca  
Tél: 0522 28 28 28 Fax: 0522 23 81 55  
RECEPTION

Centre de Radiologie El Oulff:  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tel: 05 22 93 04 93

Dr Tounsi Jalal  
Traumat - Orthopédie  
N° : 091255414

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 22/09/2023

## FACTURE N°09496/2023

NOM & PRENOM: ABOU OBIDA KHADDOUJ

EXAMEN	MONTANT
RX. EPAULE GAUCHE F/P RX. MAIN GAUCHE F/P	600 DH
<b>TOTAL</b>	<b>600 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :SIX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa  
Rd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél: 05 22 93 04 93  
Docteur LASRI Fath  
Médecin Radiologue

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: radiologie-oulnfa@.com

# CLINIQUE CASABLANCA

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

## F A C T U R E

N° : 1351 / 2023 du 20/10/2023

Nom patient **ABOU OBIDA KHADOUJ** Entrée 20/10/2023  
**PAYANT** Sortie 20/10/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
INFILTRARTION	1,00		600,00	600,00
			<i>Sous-Total</i>	<i>600,00</i>
<b>Total Clinique</b>				<b>600,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>600,00</b>

82200  
Clinique  
Casablanca  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf Maarif, Casa Anfa  
Tel. 05222326828 Fax: 05222326828  
CPTO

# CLINIQUE CASABLANCA

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

## F A C T U R E

N° : **1401 / 2023** du **07/09/2023**

Nom patient **ABOU OBIDA KHADOUJ** Entrée **07/09/2023**  
**PAYANT** Sortie **07/09/2023**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>CONSULTATION</b>	1,00		<b>300,00</b>	<b>300,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Clinic  
Casa  
Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa  
Tél: 0522 92 88 28 Fax: 0522 92 88 55  
RÉFERTION

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

**Dr Bouchaïb EL MDARI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 22/09/2023

PATIENT : ABOU OBIDA KHADDOUJ  
MEDECIN TRAITANT : DR. TOUNSI Jalal  
EXAMEN(S) REALISE(S) :

**RX. EPAULE GAUCHE F/P :**

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Aspect convexe du bord inférieur de l'acromion.
- Aspect hétérogène et dense du tubercule majeur avec géodes superficielles et profondes.
- Léger pincement de l'articulation glénohumérale.
- Absence de calcification des parties molles.

**Conclusion :**

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Omarthrose débutante.
- Aspect d'acromion agressif avec conflit acromiohuméral.

**RX. MAIN GAUCHE F/P**

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Pincement des articulations interphalangiennes proximales des 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts avec ostéophytes et géodes sous-chondrales.
- Subluxation de l'articulation métacarpophalangienne du 1er doigt avec ostéophytes.
- Absence de signe de carpite.
- Parties molles normales.

**Conclusion :**

- Atteinte d'allure rhumatismale des interphalangiennes proximales des 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts.
- Subluxation de la MP1.

Confraternellement

DR. LASRI FATIHA

I.S

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél : 05 22 93 04 93

Docteur LASRI Fatiha  
Médecin Radiologue