

# 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

- 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

Maladie

Dentaire

Optique 189963  Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  
Matricole : 741A

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benchaâkroun Dinel

Date de naissance : 14/02/63

Adresse :

Tél. : 0664171707 Total des frais engagés Dhs

Pr. Abdelkrim LARGAB  
Spécialiste en Traumatologie  
Orthopédie

Cadre réservé au Médecin  
Bureau B, N° 258, Rue Mustapha El Maâni  
Mers Sultan - Casablanca  
tél. : 05 22 22 33 00/Fax: 0522 22 33 01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2019

Nom et prénom du malade : Benchaâkroun Dinel 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 :

Le : 06/01/2019

Signature de l'adhérent[e] :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
20/10/2013	C		<i>Quarante</i>	<p><i>Pc. Abdellatif Krimi</i>  <i>Orthopédiste Spécialiste en Traumatologie</i></p> <p>Bureau B, N° 258 Rue Mustapha Mers El Kebir Casablanca      05 22 22 33 00 Fax: 0522 22 33 00</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CITE NOUVELLE ESSENCE	10/10/23	613.20

# ANALYSIS OF RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOPHARMACIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOPHARMACIE ANGULAIRES	26/11/23	775	680

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B	G 21433552 00000000 00000000 11433553		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

**Professeur Abdelkrim LARGAB**

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Ancien Chef du Service de

Traumatologie et Orthopédie P32

du Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Rochd de Casablanca

Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le 10/10/14

T : 613.20

M<sup>e</sup> ABDELKRAMN Z.



497.0

4 Amforol 8 35 ml

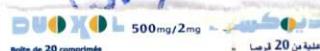
(S.V.)

420H 20

1P Semaine x 6 ml

12.20

1 Calcefix vit 1  
(37.02x2)



1370H



370H

34 Amoxol 18 35 ml + U.S.V.

Bureau B. N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Sultan - 20130 Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com

**Abdelkrim LARGAB**  
Bureau B. N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Sultan - 20130 Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com

**الدكتور عبد الكريم العرڭاب**

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل

بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

Doctorat en Pathologie

LATHCO

Le Hamada CHÉOP SARL AU

الفحص بالموعد

الدار البيضاء في

# Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Ancien Chef du Service de

Traumatologie et Orthopédie P32

du Centre Hospitalo-Universitaire

Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca



الدكتور عبد الكريم العرڭاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل

بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموجات

الدار البيضاء في

10/10/23

Mme RE NO COTOUKOUW Dineb

Rx par thorax

Avec meilleure de souffrance

de veau de l'inférieur

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maari - Mers Sultan - 20130 Casablanca  
Tél.: 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com

RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Chirurgie et Radiologie du Maroc  
ICE: 00150 2111 80 35 22 00 00 58  
Tél: 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com

**AUTORISATION DE TRAITEMENT**

N° ADMISSION F-23-12-0615-058/23011062

Nom et prénom BENCHOUKROUN ZINEB

Médecin radiologue DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH

Médecin traitant PR LARGAB ABDELKRIM

N° téléphone 0664474707

Assurance MUPRAS (RAM)

Admis par najat.b



Visa Caisse

**Liste des examens :**

PANGONOGRAMME

680.00

## F A C T U R E

Nº de l'admission : 23011062      N° Facture : 23010807      Date facturation : 26/12/2023

Nom et prénom du patient : **ZINEB BENCHOUKROUN**

## **Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitements : Examen radiologie Entrée: 26/12/2023 Sortie: 26/12/2023

<b>PRÉSTATIONS</b>		<b>Nombre</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Montant</b>
- PANGONOGRAMME				544.00
			Sous-Total	<b>544.00</b>

<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>	<b>Nombre</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Montant</b>
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			136.00
		Sous-Total	<b>136.00</b>

### **RETIENUE HONORAIRE :**

MÉDECIN		Taux (%)	Montant	Montant de retenue
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH		10	136.00	13.60
			Sous-Total	13.60

arrêtée la présente facture à la somme de :

### Six cent quatre-vingt dirhams

Total : 680.00

680.00

Part patient 680.00

## Notre compte bancaire :

## Adhérent

Mle

PC N°

TELEFONO: 05 22 86 09 98 - CELULAR: 09 87 47 47 47  
DIRECCION: AVENIDA 121, CALLE 32, BARRANQUILLA  
CORREO ELECTRONICO: [ADOLESCENTES@GMAIL.COM](mailto:ADOLESCENTES@GMAIL.COM)

Casablanca, le 26 Décembre 2023

**PR. LARGAB ABDELKRIM**

**MME. BENCHOUKROUN ZINEB**

### **COMPTE RENDU**

#### **MENSURATION DES MEMBRES INFÉRIEURS**

##### **Membre inférieur droit :**

- Longueur fémorale : 46,2 cm.
- Longueur tibiale : 36 cm.
- Soit une longueur totale de 82,2 cm.

##### **Membre inférieur gauche :**

- Longueur fémorale : 46,6 cm.
- Longueur tibiale : 36 cm.
- Soit une longueur totale de 82,6 cm.

##### **Conclusion :**

Inégalité de longueur entre les deux membres inférieurs de moins de 4 mm au dépens du côté droit.

#### **PANGONOGRAMME**

Genu varum bilatéral dont l'angle de la déviation angulaire corrigée est de 3°.

