

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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 : N° P19- 0014745

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **141714 MUPRAS** Société

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **WASIM ALI SER**

Date de naissance :

1949

Adresse : **33 Rue 1b1 91170 ACCUEIL**

Tél. : **06 77 06 60 52**

Total des frais engagés : **2.822,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31/08/2019**

Nom et prénom du malade : **Wasim R. Mohamed**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

céphalie

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 : **Corse**

Le : **31/08/2019**

Signature de l'adhérent[e] :

Wasim

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 |
|----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31/01/19 03/02/19 | an. 21 +1 | | 300 ✓ |  |
| | | | | Dr. VIALA Hauts-de-Seine 03/02/19 Signature |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  PHARMACIE DE LA CASABIANCA ZEKRI Abdellatif Docteur en Pharmacie 222, Bd du Général Moloudya-El Oulfa Casabianca-Tel: 0522 90 51 13 C.E: 0015/3273000063 | 31/05/19 | 22,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|---------|------------------------------|------------------------|
| <i>SGE - Service de Radiologie N° 3, rue Gambetta 75015 Paris Tél : 01 44 27 30 30 Fax : 01 44 27 30 35 e-mail : sge@champetreuil.fr</i> | 31.8.19 | 200 | 2800 HT |

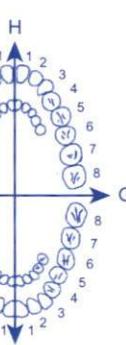
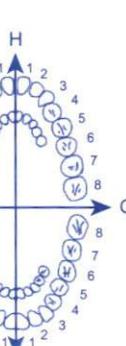
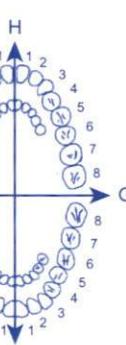
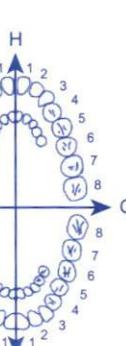
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|--|---|--|-------------|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr LAYADI Fouad

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

الدكتور فؤاد العيادي

جراحة الدماغ والأعصاب

أمراض و جراحة العمود الفقري

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulouya-EN Outfa
Casablanca-Tel:0522 90 51 13
JCE: 001573273009063

Casablanca le 31/08/2019

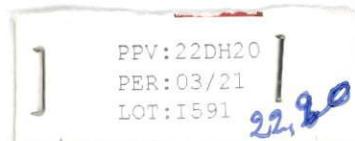
Mr WASMIH MOHAMED

22.20

CODOLIPRANE CP

2 - 0 - 2

traitement de 07 jours



✓ = 22.20

Dr. FOUAD LAYADI
Chirurgien de la Colonne Vertébrale
23, rue Taha Hocine, N°1, quartier Gautier
Fixe : 05 22 20 22 37 - 0661 18 58 69

Dr LAYADI Fouad

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

الدكتور فؤاد العيادي

جراحة الدماغ والأعصاب

أمراض و جراحة العمود الفقري

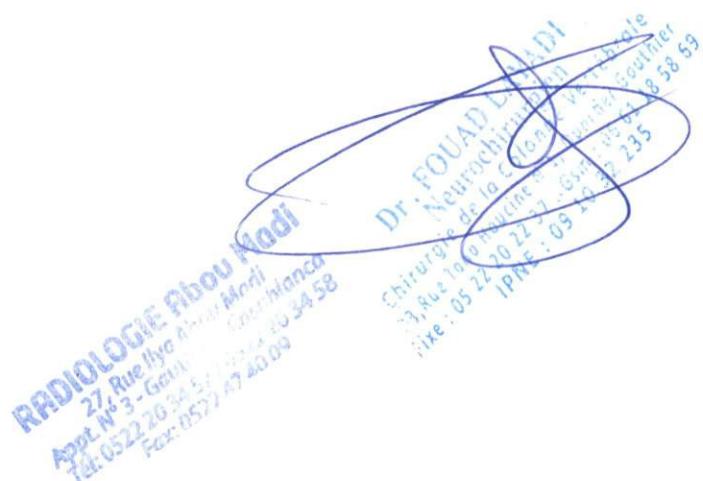
Casablanca le 31/08/2019

Mr WASMIH MOHAMED

HTA

CEPHALEES REBELLES AUX TRAITEMENTS MEDICAUX

IRM CEREBRALE



Dr LAYADI Fouad

Neurochirurgien

Chirurgie de la colonne vertébrale

الدكتور فؤاد العيادي

جراحة الدماغ والأعصاب

أمراض و جراحة العمود الفقري

Casablanca le 03/09/2019

Mr WASMIH MOHAMED

BIOLECTRA 300 CP

1 – 0 – 0 traitement de 20 jours

Dr. FOUAD LAYADI
Neurochirurgien
Chirurgie de la Colonne Vertébrale
23, Rue Taha Hocine N°1, quartier Gautier
Fixe : 05 22 20 22 37 - 06 61 18 58 69
IPNE : 09 20 22 235



Nom & prénom : WASMII MOHAMED

FACTURE N° : 19/015629

Date : 31/08/2019

| <u>Examen</u> | <u>Montant</u> |
|----------------------|-----------------|
| I.R.M CEREBRALE | 2 500,00 |
| Total Montant | |
| | 2 500,00 |

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES Le 31/08/2019

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73

RADILOGIE Abou Madi
27 Rue Ilya Abou Madi
Appart N° 3 Quartier Gautier - Casablanca
Tel: 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09
Fax: 0522.47.40.09



Casablanca le 31/08/2019

Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. M. AZ El-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Ex Enseignant à la Faculté de
Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

PATIENT : WASMIH MOHAMED
MEDECIN TRAITANT : DR. LAYADI FOUD
EXAMEN(S) REALISE(S) : I.R.M CEREBRALE
F

Technique

Sagittal T1T2
Axial T2 flair, diffusion, T2*
Polygone de Willis.

Résultat

Multiples lésions en hypersignal flair de la substance blanche péri ventriculaires et des centres semi ovales d'ordre vasculaire.
Pas de signe d'ischémie cérébrale récente.
Pas de traces hémorragiques.
Aspect normal des angles ponto-cérébelleux et des CAI.
Polygone de Willis d'aspect normal.
Respect de la fosse postérieure.

Conclusion :

IRM cérébrale ne révélant pas d'anomalie hormis quelques lésions démyélinisantes d'ordre vasculaire de la substance blanche.

Confraternellement
DR HANAFI I.
INPE : 091202275

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie Numérique
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle