

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

caire :

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.

adie 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 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1061 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Latjoumi Yohannet

Date de naissance : 01-02-1949

Adresse : Rue Allal Ben Abdellah 177 - RAM

Appt - 6 HAY SALAM

Tél. : 06 66 40 5005 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Mustapha TRAFEH

Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique

Tél. : 05 22 82 20 42 Casab

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Youn Yousfi Ngan Rachid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tendinité ak l'épaule

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 : _____ / _____ / _____

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
15/6/2010	9	4	150000 Refus Ecographie	Pr. Moustapha TRAFEH Chirurgie Orthopédique & Traumatologique Tél: 05 22 82 20 42 - Casab

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

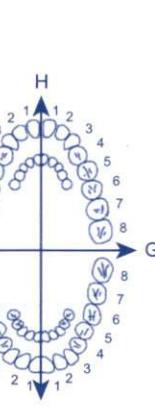
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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															
	<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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												

Dr. Mustapha TRAFEH

Chirurgie Orthopédique Traumatologique
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
EX. chef de service de Chirurgie Orthopédique
Et Traumatologique P32
CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتور مصطفى ترافه

جراحة العظام والمقابل
أستاذ سابق بكلية الطب الدار البيضاء
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمقابل
بالمراكز الصحي الجامعي ابن رشد

Casablanca le : 15/6/2020

Rachida Tousfi Mghari

Endoméopathie de la capsule des
rotateurs épaule droite
Prise de faire

Hôpital Reine Khadidja Ibn Zayd
Service Radiologie
Tél : 05 22 82 20 42
E-mail : www.hrci-reine.com


Dr. MUSTAPHA TRAFEH
Chirurgie Orthopédique
& Traumatologique
Tél.: 05 22 82 20 42 - Casablanca

Casablanca , le 15/06/2020

PATIENT

: YOUSFI MGHARI Rachida

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau de épaule à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

RESULTATS :

- Les tendons supra épineux, infra épineux et sub scapulaire sont de taille normale et symétrique, d'échostructure homogène, de contours réguliers, gardant le parallélisme des bords sans solution de continuité.
- On note un aspect hypoéchogène du tendon supra épineux sans rupture.
- Absence de syndrome de masse péri articulaire.
- Absence d'épanchement synovial.
- Absence de calcification tendineuse.
- Limitation des mouvements d'abduction et d'élévation du membre.

CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'une tendinite du supra épineux sans rupture tendineuse.

Signé : Pr MAHI

Code INPE: 011051430

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fekm.ma

Dr. MAHI Mohamed
professeur en Radiologie
Diagnostique et Interventionnelle
Hôpital Universitaire
Cheikh Khalifa Ibn Zaid - Casablanca
Tél: 06 62 22 10 00



Fondation

Cheikh Khalifa Ibn Zaid

ROYAUME DU MAROC

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **55 101** / **2020** du **15/06/2020**

Nom patient : **YOUSFI MGHARI RACHIDA** Entrée **15/06/2020**

Prise en charge : **PAYANTS** Sortie **15/06/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Echographie de l'épaule	1,00		500,00 Sous-Total	500,00 500,00
Total Frais Clinique				500,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> CINQ CENTS DIRHAMS	Total	500,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
			500,00	500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél: (+212) 0529 00 44 66
www.hck-icxma.ma