

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-512233

39156

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3410 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : ZOUFI M HAMED

Date de naissance : 03/02/1960

Adresse : 24 rue de Tabors Oasis

Casa blanca

Tél. : 0522984027 Total des frais engagés : 3290,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/6/2020

Nom et prénom du malade : ZOUFI M HAMED Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gonocystis

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 : Casa blanca Le : 26/6/2020

Signature de l'adhérent(e) : ZOUFI M HAMED

26/6/2020

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
26/11/2010	6		300,00	DAINPI : 09104-285 ADJUDICAT BENABDE INPI CHIRURGIEN TRAUMATO - ORTHOPÉDIE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MIRABEL Aldouschmed S.A.H.C.-Q.D. 5, Rue des Fauvettes, Béja 8010 Tél: 033 23 11 59	26/6/2020	490,10-

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Radiologique 282, Bt Chundi Tél: 03 22 11 40</i>	<u>21/11/2010</u>	<u>JH Gervon</u> <u>(-42,4)</u>	<u>2500 francs</u>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>															
						COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
						MONTANTS DES SOINS 														
						DEBUT D'EXECUTION 														
						FIN D'EXECUTION 														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B																				
						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															

Docteur Abderrafi BENABDENBBI
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
 Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
 Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse
 Assermenté Auprès des Tribunaux
 membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa 1
 2ème Etage N° 204 - Casablanca
 Tél. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42

Casablanca, le



الدكتور عبد الرفيع بن عبد النبي
 طبيب جراح في العظام و المفاصل
 محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء.
 عضو في النظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضا 1
 الطابق الثاني . رقم 204 - الدار البيضا.
 الهاتف : 05 22 44 93 42 - الفاكس : 05 22 44 93 39

26/6/2020

الدار البيضا، في



Alcox 120

1 gr 15 x 14f ~~Alcox 120~~

159,00

MENOLACE

1 gel 2

249,10

PPV: 82DH10
 PER: 02/22
 LOT: 0900-3



LOT 19242/FC5
 08/2022 PPC 249,00



DR. ABDELLAH BENABDENBBI
 CHIRURGIEN - ORTHOPEDISTE



82,10

EZUM 20

1 gel 10

LE 500ml 14f

T = 490,10

**Docteur Abderrafi BENABDENNB
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE**
Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse
Assermenté Auprès des Tribunaux
membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39 Fax : 05 22 44 93 42



الدكتور عبد الرفيع بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام والمفاصل
محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء.
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضا، 1
الطابق الثاني، رقم 204 - الدار البيضا.
الهاتف : 05 22 44 93 39 - الفاكس : 05 22 44 93 42

Casablanca, le 26/6/2020 الدار البيضا، في

Boulam Elissa

Gonalgia f
Surrounding meniscus internal
Block & rotation nihil

Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Dr Abderrafi BENABDENNB
TRAUMATO CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
Signature

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :2404/2020
Casablanca, le 21/07/2020

Nom patient : **BORAAM AICHA**

Examen(s) réalisé(s) :

IRM DU GENOU DROIT

Montant : **deux mille cinq cents (2500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE CINQ CENTS DH

REGLEMENT : CHEQUE N° 8748798

Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. 0522 77 45 45



Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 21/07/2020

Patient : BORAAM AICHA

Prescripteur : Dr BENABDENBI ABDERRAFI

IRM DU GENOU DROIT

TECHNIQUE : Séquence sagittale T1.

Séquences RHO FAT SAT dans les 3 plans.

RESULTAT :

- Présence au niveau de la corne postérieure du ménisque interne d'un hypersignal T2 nodulaire dégénératif associé à un hypersignal linéaire communiquant avec la base méniscale.
- Présence d'une fissure verticale au niveau de la corne postérieure du ménisque externe.
- Il s'y associe un œdème osseux sous chondral en regard, au niveau de la partie interne du plateau tibial externe.
- Présence au niveau de la corne antérieure du ménisque externe d'un hypersignal T2 linéaire dégénératif communiquant avec la base méniscale.
- Ligaments croisés antérieur et postérieur de volume et signal normaux.
- Tendons patellaire et quadricipital ainsi que les ligaments collatéraux sont d'aspect normal.
- Absence de lésion osseuse focale.
- Epanchement articulaire minime.

CONCLUSION :

- Aspect de fissure verticale de la corne postérieure du ménisque externe avec œdème osseux sous chondral de la partie interne du plateau tibial externe.
- Hypersignaux dégénératifs de grade 2b de la corne antérieure du ménisque externe et de la corne postérieure du ménisque interne.

DR. YAHIA KETTANI
Radiologue
Radiologue Ghandi 282
INPE: 051700329