

**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.

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 055391

Maladie Dentaire Optique **SA 326** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02659 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BENZEKRI JAMAL
Date de naissance : 13 / 11 / 1956
Adresse : 8 Rue Maupée P.H. 0459
Tél. : 0668592927 Total des frais engagés : MUPRAS Dns

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Nawal AISSAOULI
Rhumatologue
Appt N° 3 Imm 28 Rsd - Addaman Angle
Bd El Kods et Oulad Haddou, Ain Chock
Casablanca - Tél. : 05 22 87 33 40
14 DEC. 2020
ACCUEIL
Date de consultation : 25 / 11 / 2020
Nom et prénom du malade : Benzekri Yawel Age : 17 ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : lumbago - courbure
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 Le : 25 / 11 / 2020
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
25/11/2020		9	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		272+	200 DH
		272+	200 DH
		263+	700 DH
		270	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 <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		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H			G																				
		25533412	21433552		00000000	00000000																			
		00000000	00000000		00000000	00000000																			
		35533411	11433553																						
	B																								
			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'EXECUT

Dr. Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des maladies des OS,
des Articulations, la colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la faculté de Médecine de rabat
Ancienne Médecin à l'hôpital EL Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي
أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفكري والأوتار
دبلوم كلية الطب بالرباط
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le 25/11/2020 : الدار البيضاء، في :

Youssef Bouzekri

Faire sur :

1/ Rx rachis Cervico - Doro -
lombo - bifémorale

Face - debout
profil.

2/ Rx 2 genoux Face debout
profil - axial 30°

Dr. BERRADA FATHI
Med. Abdou
Radiologie Bourgogne
41 Rue Med. Sedki 1^{er} étage
Tél. 20 82 157 012 19 - Casa

Docteur Nawal AISSAOUI
Rhumatologue
Appt N° 3 Imm 28 Rés. Addamian Angle
Bd El Kods et Ouled Haddou, Ain Chock
Casablanca - Tél. : 05 22 87 33 40

زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارة 28 الشقة رقم 3 الطابق السفلي، عين الشق - الدار البيضاء
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd, El Kods et Ouled Haddou - Ain Chock Casablanca

الهاتف/الفاكس: 0522 87 33 40 / Tél. / Fax:

Facture N° 09532/2020

Casablanca, le 27/11/2020

Nom patient : BENZEKRI YOUSSEF

Examen(s) réalisé(s) : RX RACHIS ENTIER FACE + PROFIL: 800 DH

RX BASSIN ADULTE FACE:200 DH

RX GENOUX FACE+PROFIL EN CHARGE (DEUX COTES):700 DH

RX DFP A 30°: 200 DH

Montant : mille neuf cents (1900 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME

DE : 1900 DH

Dr. BERRADA FATHI

Med. Abdou

Radiologie Bourgogne

41 Rue Med. Sedki 1^{er} étage

Tél : 20.62.10.70.10.10 Casa

Casablanca , le 27/11/2020

COMPTE RENDU DE : BENZEKRI YOUSSEF

DR : AISSAOUI

RX RACHIS ENTIER F/P + BASSIN DE FACE

Sur le plan frontal :

Inversion scoliotique en S à convexité gauche au niveau lombaire, avec un angle de COBB mesuré entre le plateau supérieur de L1 et le plateau inférieur de L5 à 1° compensée par une discrète déviation au niveau dorsal avec un angle de COBB mesuré entre le plateau supérieur de D3 et le plateau inférieur de D11 à 0,3° .

Sur le plan sagittal :

- *Discrète exagération de la lordose lombaire avec un angle de COBB mesuré entre le plateau supérieur de D4 et le plateau inférieur de D12 à 57°.*
- *Cyphose thoracique respectée.*
- *Absence de lésion ostéolytique ou ostéocondensante d'allure suspecte.*
- *Hauteur conservée des corps vertébraux.*
- *Espaces inter somatiques conservés d'un étage à un autre.*
- *Bascule du bassin à droite estimé à 8mm*
- *Articulations coxo-fémorales et sacro-iliaques conservés.*
- *Sphéricité conservée des têtes fémorales.*
- *Aspect normal des parties molles.*

-----Page 1 -----

-----Page 2-----

RX GENOU DROIT ET GAUCHE F/P EN CHARGE + DFP A 30°

- *Interlignes articulaires fémoro-tibiales et fémoro-patellaire conservés.*
- *Absence de lésion osseuse à caractère péjoratif.*
- *Absence d'image de calcification en regard de l'insertion des tendons patellaires et quadricipitaux.*
- *Absence d'image épanchement ou de calcification articulaire.*
- *Absence de lésion d'allure évolutive au niveau des parties molles.*
- *A intégrer dans le contexte clinique.*

DR. BERRADA FATHI
Dr. Abdou
Radiologie
Tél. 21 62 11 11 11
Merci de votre confiance.
DR FATHI BERRADA