

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.

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° W19-551107

ND: 52029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 606 Société : RAM MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHARTI Abdelmajid.

Date de naissance : 01/07/1947

Adresse : Hay ELHANA, Rue 27 N°8, Casablanca

Tél. : 0522 36 2804 Total des frais engagés : MUPRAS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2020

Nom et prénom du malade : ELHARTI Abdelmajid

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : myelome multiple

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 : Casablanca Le : 21/01/20

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	
20/12/20	CS	G		Dr. M. OUMOU Clinique N° 05 22 78 90 00 BP :	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25.09.2020	Z ₂₀	600,00

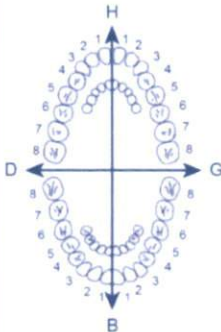
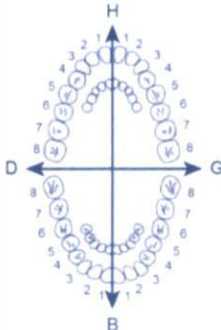
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Casablanca, le 25/09/2020

IF : 2221555

Facture N° 2895/09/2020

Nom patient : EL HARTI ABDELMAJID

Examen(s) réalisé(s) : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE ET PELVIENNE

Date Examen(s) : 25/09/2020

Montant : 600 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL
SIX CENTS DIRHAMS

Dr. MERIMI Fatine

Hématologie clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de moelle



الدكتورة مريمي فاتن

أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 27/9/20

Nom / Prénom : El Hachi Abdelmajid

patient suivi par myelome
multiple a symptomatique.
Dorsaux flanc gauche

La échographie
a bon niveau pelvien

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble Communal Route
Route d'Azemour et Bd. Sidi Abderrahman
Route d'Azemour et Bd. Sidi Abderrahman
Tél.: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Cas
Fax : 05 22 93 37 13

Dr. MERIMI Fatine
Hématologue - Oncologie Pédiatrique
Clinique Al Madina
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49
E-mail: fmerimi25@yahoo.fr

Centre d'Hématologie et Oncologie - Clinique Al Madina

Angle Rue Mohamed Bahi, Quartier Palmiers - Casablanca

Tél : 05 22.77.77.40 à 49 - E-mail: fmerimi25@yahoo.fr

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
Dr Abdelaziz ZOUAOUi | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 07 Mars 2020

PR JANANI SAADIA

MR. EL HARTI ABDELMAJID

COMPTE RENDU

ÉCHOGRAPHIE DE L'ÉPAULE DROITE AVEC ETUDE COMPARATIVE

- L'étude du secteur antérieur n'a pas montré d'anomalie du long biceps et du sous-scapulaire.
- l'intervalle des rotateurs ne présente pas d'anomalie à signaler.
- L'étude du secteur antéro-supérieur montre l'existence d'un aspect globuleux légèrement hypoéchogène du sus-épineux notamment sa composante superficielle.
- Les fibres profondes présentent une image arciforme échogène avec cône d'ombre en rapport avec une calcification d'insertion.
- Il n'y a pas de bursite.
- Il n'y a pas d'anomalie visible du sous-épineux en dehors d'un aspect irrégulier de son insertion osseuse sans calcification nettement individualisable.

Conclusion :

Tendinopathie calcifiante du sus-épineux sans signe de rupture et sans signe évoquant une capsulite rétractile.

DR. A. ZOUAOUi