

# 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](http://www.mupras.com)

157859

## Déclaration de Maladie : N° P19-0005892

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0009207** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Arché Hamra** Date de naissance : **07/06/1935**

Adresse : **Haly Hassani magola n°7 ensemble 48 Casablanca**

Tél. : **06 77 62 26 55** Total des frais engagés : **#6.800.000 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/04/2023** Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

**Néoplasie du sein**

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 : **M** Le : **17 AVR. 2023**

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
01/01/2013			€	<i>Dr BENCHERIF Nadjia Onco-Hématologie INP - U91 - Pôle 2</i>
02/01/2013				
03/01/2013				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr RADIODIAGNOSTIQUE</i>	14/12/2013	<i>examen dentaire</i>	680,00

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

**H**

25533412	21433552
00000000	00000000
35533411	11433553

**D**

**G**

**B**

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RADIOLOGIE ANOUAL 111

111 Bd Anoual-Quartier des Hopitaux Casablanca

Tél.022 86 09 99/89/79 Fax:022 86 08 93

Rapport de DMO DXA : mercredi 5 avril 2023

**Nom :** ARCHE CHAMA ,  
**ID Patient :** F-21-07-0205-062    **Date de naissance:** 07/06/1959    **Taille:** 150.0 cm  
**Sexe :** Femme    **Date d'examen :** 05/04/2023    **Poids:** 95.0 kg

Site	Region	Measured Date	Measured Age	OMS Classification	Young Adult T-score	BMD
Rachis AP	L1-L4	05/04/2023	63.8	Ostéopénie	-2.4	0.903 g/cm <sup>2</sup>
Fémur gauche Av.-bras Gauche	Total Radius 33 %	05/04/2023 05/04/2023	63.8 63.8	Ostéopénie Normal	-1.5 -0.8	0.820 g/cm <sup>2</sup> 0.813 g/cm <sup>2</sup>

## CONCLUSION:

La DMO mesurée au Rachis AP L1-L4 est 0.903 g/cm<sup>2</sup> avec un T-score de -2.4. Ce patient est considéré comme étant ostéopénique selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La DMO mesurée au Fémur Total est 0.820 g/cm<sup>2</sup> avec un T-score de -1.5. Ce patient est considéré comme étant ostéopénique selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

La DMO mesurée à l'Avant-bras Radius 33 % est 0.813 g/cm<sup>2</sup> avec un T-score de -0.8. Ce patient est considéré comme étant normal selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).



## Définition de l'ostéoporose selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Normal    T-score supérieur à -1DS  
Ostéopenie    T-score entre à -1 et -2,5DS  
Ostéoporose    T-score inférieur à -2,5



**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**  
Onco-Radiothérapeute

Arche Chaine

05/01/2023  
Dr. Nadia  
Onco-Radiothérapeute

Dee'la

CD Sw sc 6

Daleel B2N e.

McDonald's Helal

Belk

Alco deen keekee

INP : 051025427  
Dr. NADIA BENCHAKROUN  
Oncoc-Hémato  
Ryad Oncologia Clinic



Dr Chakib BENNANI-SMIRE | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 23003091

Nom et prénom du patient : Mme ARCHE CHAMA

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
OSTEODENSITOMETIE	1.00	680.00	680.00
		Sous-Total	680.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent quatre-vingt dirhams

**Total : 680.00DH**

Adhérent : MME ARCHE CHAMA	Part organisme : 0.00 DH
Mle : 0009207	Part patient : 680.00 DH
PC N° :	

Tel: 05 22 86 09 99 - GSM: 06 63 57 42 60

Tel: 00 31 40 05 00 05 8

Tel: 00 31 40 05 00 05 8

RADIOLOGIE ANOUAL 111

Oncologie & Diagnostic du Maroc