

# 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.



157759

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 : Anthe Chama Date de naissance : 07/06/1959  
Adresse : Hay Hassan Magala rue 7 ensemble 42 Casablanca  
Tél. : 0677 622655 Total des frais engagés : #680DH# Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Néoplasme 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 17 AVR. 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL I. BOUZAFANE

## 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



# 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
05/04/23				

# 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
	05/04/23		680,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

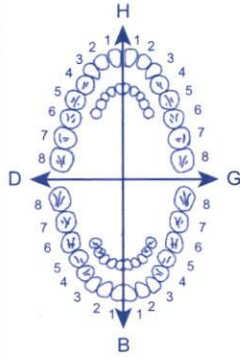
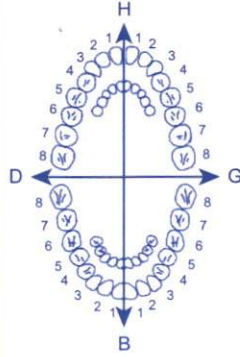
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'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	Total	05/04/2023	63.8	Ostéopénie	-1.5	0.820 g/cm <sup>2</sup>
Av.-bras Gauche	Radius 33 %	05/04/2023	63.8	Normal	-0.8	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).

RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 00161400000058  
111, Bd Anoual  
Tél: 022 86 09 99 - Fax: 06 63 57 42 60  
DR. H. FARAJ

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

Normal T-score supérieur à -1DS  
Ostéopénie 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 d'ave

05/04/2023

De l'ave

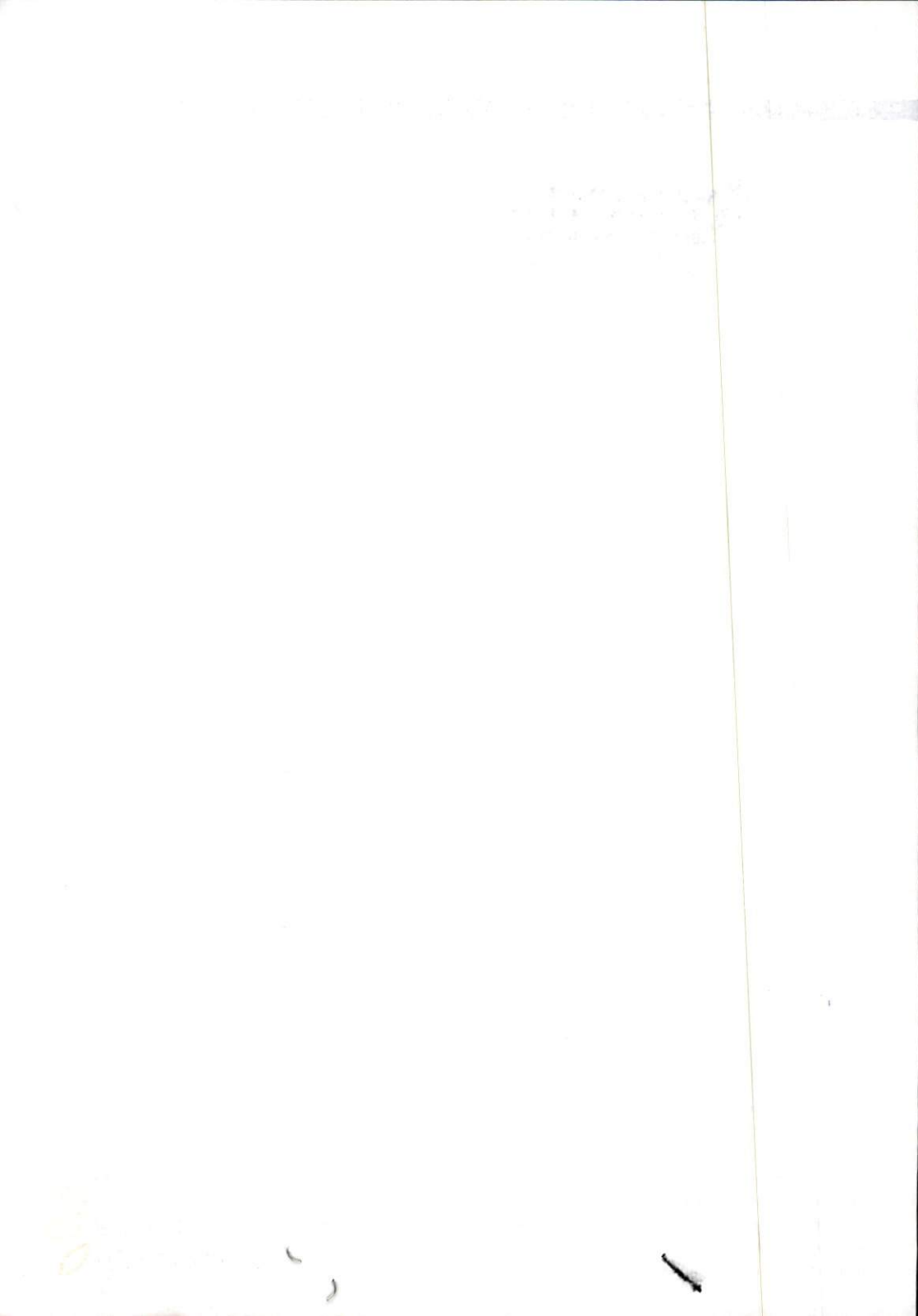
CT du sc 6

paquet ATN e.

Reçu de l'ave

Reçu de l'ave

Reçu de l'ave



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | 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 :		<b>Total</b>	<b>: 680.00DH</b>
<b>Six cent quatre-vingt dirhams</b>			
Adhérent	: MME ARCHE CHAMA	Part organisme	: 0.00 DH
Mle	: 0009207	Part patient	: 680.00 DH
PC N°	:		

Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60

111, Bd Anoual  
 ICN: 001614006000058  
 Oncologie & Diagnostic du Maroc  
**RADIOLOGIE ANOUAL 111**