

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-485631

AS7952



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

2634

Société :

R.A.M

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Bleu Cheikh Novzha

Date de naissance :

20-08-54

Adresse :

26B GOLF CITY VILLE VERTE

Tél. :

06 63 11 79 10

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr JALAL OUASSA
Spécialiste en Médecine
Intérieure et Générale
091031388

Date de consultation :

20/03/03

Nom et prénom du malade :

Benchaâb Nogha

Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Myélopathie Cervico-artérosclérose

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 :

Le : 21/03/2003

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
29/3/2010	123	C2	150,00€ HT	INPI : 0-1031500
20				

~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

ANALYSES - RADIOPHARMES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Efficacitaires	Montant des Honoraires
	20.03.23	Z 90	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

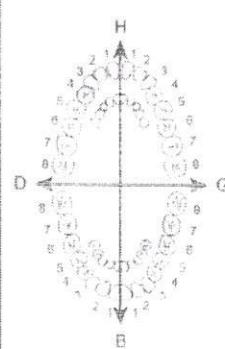
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDE.

ODF
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
26533412	21433532
00000000	00010000
D	C
00000000	00000000
26533411	21433533

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 20/3/23

M = Bencheikh Negha

Osteodensitométrie



Casablanca, le 20/03/2023

Facture N° 1077/03/2023

No patient : BENCHEIKH NEZHA

Examen(s) réalisé(s) : OSTEODENSITOMETRIE

Date Examen(s) : 20/03/2023

Montant : 700 DH

Montant Produits : 0,00 DH

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

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 20/03/2023

PATIENT : Mme.BENCHIEKH NEZHA

MEDECIN TRAITANT : OUASSIMAJALAL

EXAMEN(s) REALISE(s) : OSTEODENSITOMETRIE

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

OSTEODENSITOMETRIE

INDICATION

Bilan.

TECHNIQUE

Absorptiométrie Bi photonique sur Hologic Discovery.

Réalisation des mesures au niveau du rachis lombaire et des 2 hanches.

RESULTATS

	DMO	T score
- Au niveau Lombaire	: 0,710 g/cm ² .	-3,1 DS.
- Au niveau de la hanche gauche	: 0,547g/cm ²	-2,7 DS.
- Au niveau de la hanche droite	: 0,587g/cm ²	-2,4 DS.
- Au niveau de l'avant bras gauche	: 0,523 g/cm ²	-2,8 DS.
-Score TBS de L1 à L4	:1,247	
-L'indice de masse corporelle (IMC)	: 26,8	

- ♦ Valeurs très inférieures à la normale au niveau lombaire, de la hanche gauche et de l'avant bras gauche en rapport avec une ostéoporose.
- ♦ Valeurs inférieures à la normale au niveau de la hanche droite en rapport avec une ostéopénie.

CONCLUSION

Ostéoporose.

Score TBS modérément bas.

Risque de fracture modéré.

Définition de l'OMS

T-Score	: Différence entre la valeur mesurée et la densité maximale mesurée à 30 ans, en écart type.
Z-Score	: Différence avec la valeur normale au même âge et pour le même sexe, en écart-type.
DMO	: Densité minérale osseuse en g/cm ² .
Normal	: T-Score supérieur ou égale à -1 DS (Déviation standard).
Ostéopénie	: T-Score entre -1 et -2,5 DS.
Ostéoporose	: T score inférieur ou égale à -2,5DS.

Confraternellement

DR O.ALAMI

*RADIOLOGIE HAY HASSANI
10, Imm Communal Route d'Azemmour
et Bd Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07*

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA

Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91

INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 130083 N° SEJOUR : 230011830

FACTURE N° 2305003473

DATE D'ENTREE : 20/03/2023 DATE DE SORTIE : 20/03/2023

ASSURE :

MALADE : BENCHEIKH NEZHA

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 5002 URGENCES

N° IMMAT C.N.S.S :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BENCHÉIKH NEZHA

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 0112009 DR JALAL OUASSIMA INTERNISTE	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00					AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 20/03/2023	EDITEE LE : 20/03/2023	PAR: R8658	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA	N° DE POLICE :								DATE AT :	
	Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI								
	BANQUE :	B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA								
	N° compte bancaire :	011 780 00 00 43 210 00 60050 54								

