

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 canaux, 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 canaux.

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

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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-485631

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2634 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ben Cheikh Nouzha

Date de naissance : 20-08-54

Adresse : 26B Golf City Ville Verte

Tél. : 0663 11 49 10 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/23

Nom et prénom du malade : Bencheikh Nouzha Age : 69 ans

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

Nature de la maladie : Myélopathie coronar-arterosclérotique

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 : 21/03/23

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
20/03/23	C2	150	1055,50	INP : 071031308

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
	20.03.23	Z40	700,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	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 de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []	
		H 05533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 05533411 11433553 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	

وصفة
ORDONNANCE

le 20/3/23

M^r Bencheikh Nezha

Ostéodensitométrie

RADIOLOGIE M^r HASSANI
10, Avenue de la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

Dr. ALAL Ouassou
Spécialiste de Médecine
Interne et Gériatrie
05 22 03 1 38

Casablanca, le 20/03/2023

Facture N° 1077/03/2023

Nom 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
MONTANT TOTAL :
SEPT CENTS DIRHAMS**



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.BENCHEIKH 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

	<u>DMO</u>	<u>T score</u>
- 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/cm².
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-Whatsapp: 07 61 51 24 31
E-mail: radiologiehayhassanianfa@gmail.com - PATENTE : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - IF : 221555 - ICE : 001686337000022

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 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 :				DESTINATAIRE :						
MALADE : BENCHEIKH NEZHA		UF: 5002 URGENCES		BENCHEIKH NEZHA						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :						
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 - ZIRAOU				
BANQUE :			B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
N° compte bancaire :			011 780 00 00 43 210 00 60050 54				

