

## 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

- 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 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

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-773449

188085

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6640

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TOURBY BOUCHAIB

Date de naissance :

26/01/1960

Adresse :

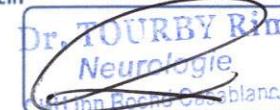
Rue 39, N° 45/47, LAYMOUN II  
20190 CASABLANCA

Tél. :

06 40 312 716 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/12/2023

Nom et prénom du malade :

TOURBY Bouchaib Age: 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection rhumatologique chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

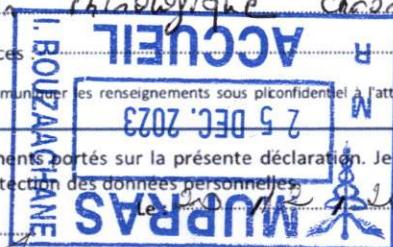
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

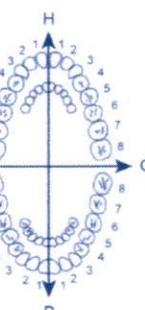
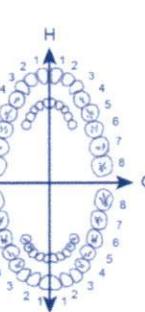
Signature de l'adhérent(e) :



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
   	14/12/23	100% Sous	1000 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

Casablanca, le 14 Décembre 2023

**DR. R. TOURBY**

**MR. TOURBY BOUCHAIB**

### **COMPTE RENDU**

#### **TDM DES SINUS**

##### **Indication :**

- Patient suivi pour une pansinusite.
- TDM de contrôle.

##### **Technique :**

Acquisition hélicoïdale, sans injection de produit de contraste.

##### **Résultat :**

- Présence d'un comblement polypoïde des deux cavités nasales arrivant au niveau du plancher des cornets inférieurs, étendues à travers le méat naso-sinusien au niveau des deux compartiments du sinus maxillaire.
- Il s'y associe un comblement total des deux compartiments du sinus frontal, des cellules ethmoïdales antérieures et postérieures et du compartiment droit du sinus maxillaire, avec comblement partiel du compartiment gauche du sinus maxillaire.
- Epaississement muqueux en cadre des deux compartiments du sinus sphénoïdal.
- Présence d'un important amincissement de la charpente osseuse des cellules ethmoïdales.
- Présence d'une lyse osseuse partielle de la paroi interne des deux sinus maxillaires à prédominance droite.
- Déviation de la cloison nasale à droite avec éperon osseux.
- Asymétrie des toits de l'ethmoïde au dépens du côté droit.
- Présence d'un aspect cloisonné du compartiment gauche du sinus sphénoïdal avec aération du processus ptérygoïde homolatéral.
- Présence d'une procidence des nerfs optiques au niveau du sinus sphénoïdal.

##### **Conclusion :**

- Aspect scannographique d'une polypose naso-sinusienne diffuse pouvant être classée stade 3, associée à une sinusite ethmoido-maxillo-frontale diffuse.
- Quelques variantes anatomiques à risque infectieux et chirurgical comme décrit ci-dessus.

**DR. LAMIAE EL OUARDIGHI**

## F A C T U R E

N° de l'admission : 23010732

N° Facture : 23010487

Date facturation : 14/12/2023

Nom et prénom du patient : BOUCHAIB TOURBY

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement :

Entrée: 14/12/2023 Sortie: 14/12/2023

### PRESTATIONS

	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM SINUS			960.00
		Sous-Total	960.00

### PRESTATIONS EXTERNES

	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR LAMIAE EL OUARDIGHI			240.00
		Sous-Total	240.00

### RETIENUE HONORAIRE :

### MÉDECIN

	Taux (%)	Montant	Montant de retenue
DR LAMIAE EL OUARDIGHI	10	240.00	24.00
		Sous-Total	24.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Mille deux cents dirhams**

**Total : 1 200.00**

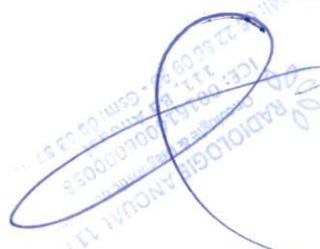
Notre compte bancaire :

Part patient 1200.00

Adhérent

Mme

PC N°





IBN ROCHD  
ابن رشد  
الدار البيضاء  
Casablanca

Royaume du Maroc

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

## BILLET D'EXAMEN

Prénoms - Nom du malade : TOURBY Bouabdellah

Service : ..... N° d'admission : .....

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
Age = 63 ans  Patient suivi pour bronchite chronique ↳ veuillez me faire une TD des sputum (de contrôle)	Atodi = Asthme sous th

Le médecin traitant

DR. TOURBY Rim  
Neurologue  
CHU Ibn Rochd Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax : 05 22 29 94 83

Dr. TOURBY Rim  
Neurologue  
CHU Ibn Rochd Casablanca  
Téléphone & Diagnose ANOUAL 111  
Tél: 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30  
Fax: 05 22 29 94 83  
Anoual: 1006000058  
Tél: 06 63 57 42 60