

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002818

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société : RSM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : 51968

Nom & Prénom : HANAN LAHSEN

Date de naissance : 15.06.1952

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02818

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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, parodontologie 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Maladie :

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.



Déclaration de Maladie

N° W19 583803

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1419 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HOUDER LAHSEN

Date de naissance : 15-06-1952

Adresse : 7 lot 5 Hapid Hlle des Lauriers

Californie CAS A

Tél : 066176147 Total des frais engagés : 3198,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : HOUDER Lahsen

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : T1 neurologique

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 reconnais avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAS A Le : 17/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		C	INP : 05000 888 47
		C	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Facteur du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.11.2020	198.170

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

cachet et signature du oratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	5/11/20	284 Coefficient (Ghandi)	3000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

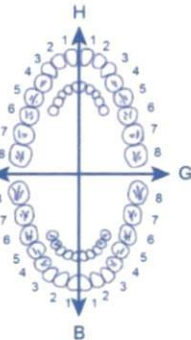
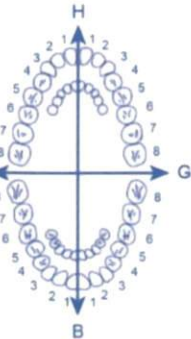
VOLET ADHERENT

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE						
	<div style="margin-bottom: 5px;">H</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: middle;"> 25533412 00000000 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> 00000000 35533411 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: middle;"> 21433552 00000000 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle; padding-right: 10px;">D</td> <td style="padding-left: 10px; vertical-align: middle;">G</td> </tr> </table> <div>B</div>		25533412 00000000 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> 00000000 35533411	21433552 00000000 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> 00000000 11433553	D	G	
	25533412 00000000 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> 00000000 35533411	21433552 00000000 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin: 2px 0;"/> 00000000 11433553					
	D	G					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
			INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>				
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></div>				
			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></div>				
			DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></div>				
			FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></div>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

19/11/20
Mr Lahaen Houdair

Pharmacie de l'Oasis
Mme. R. LAHLOU EL KATEB
64, Boulevard A. Bouabid-Oasis
Tél: 0522.25.39.74

42,60 x 4

128.40
D
care 1000000

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

1 amp à boire par

10 j x 6

75

ensuite

1 amp 1 mois x 4

Dr. H. CHRAÏBI
Neurologue

545 , شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

الموقع الإلكتروني: www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني: cliniquecalifornie@gmail.com - E-mail



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

3/11/20
M Houdeir Lahcen

Faire

I R N. oncéphalique

avec évaluation de
sa trophicité cérébrale.
Plainte mneorale

F D R Varies multiples

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 // fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca


Docteur Houdair Lahsen
Neurologue

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :3724/2020

Casablanca, le 05/11/2020

Nom patient : **HOUDEIR LAHSEN**

Examen(s) réalisé(s) :

IRM CEREBRALE

Montant : **trois mille (3000 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE DH

REGLEMENT : TPE

Radiologie Ghandi 282
282, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 05/11/2020

Patient : HOUDEIR LAHSEN

Prescripteur : Pr. SLASSI CHRAIBI ILHAM

IRM CEREBRALE

INDICATION : Troubles mnésiques.

TECHNIQUE : Séquence sagittale T1 et coronale T2.

Séquences axiales T2, FLAIR, T2 écho de gradient et diffusion.

Séquence oblique morphologique sur les hippocampes.

Séquence T1 3D.

RESULTAT :

- Atrophie cortico-sous corticale sus et sous tentorielle modérée comme en témoin de l'élargissement des vallées sylviennes, des sillons corticaux et du système ventriculaire.
- Atrophie hippocampique discrète à modérée (grade 2 à 3 de l'échelle de Scheltens).
- Hippocampe droit mesure 14 mm de diamètre transverse, 7.5 mm de hauteur et 36 mm de diamètre antéro-postérieur soit un volume de 1.89 cc.
- Hippocampe gauche mesure 13 mm de diamètre transverse, 7 mm de hauteur et 36 mm de diamètre antéro-postérieur soit un volume de 1.63 cc.
- Présence d'hypersignaux T2 et Flair punctiformes et nodulaires au niveau de la substance blanche sus tentorielle.
- Absence de lésion ischémique sur la séquence de diffusion.
- Absence de stigmat de microsaignement sur la séquence T2*.
- Ligne médiane en place.
- Absence d'hydrocéphalie.
- Citernes de la base libres.
- Aération normale des sinus de la face.

CONCLUSION :

- Atrophie cortico-sous corticale diffuse modérée avec atrophie hippocampique de grade 2 à 3 de l'échelle de Scheltens, associée à des lésions démyélinisantes sus tentorielles d'origine vasculaire probable.

Cordialement