

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR IVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ctions 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.

## rmacie :

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.

## cique :

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.

## entaire :

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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1419	Société :	RTM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	51968
Nom & Prénom :		Houcine LAHSEN	
Date de naissance :		16.06.1952	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 EVITER 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.

### **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.

### **Education :**

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.

### **Prothétique :**

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**

Reclamation : 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Au
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1419</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <b>HOUDEIR LAHSEN</b>			
Date de naissance : <b>15-06-1952</b>			
Adresse : <b>7 lots Hafid Illiés des Lauriers Californie CASA</b>			
Tél. : <b>0661176147</b>	Total des frais engagés : <b>3198,40 DH</b>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>03/11/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>HOUDEIR Lahsen</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint			
Nature de la maladie : <b>Tir neuvième</b>			
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 certifie avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **casab** Le : **17/12/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **H. Lahsen**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/07/2019	C	09.000,00	INP : 09.000,00
19/11/2020	C	19.800,00	INP : 19.800,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de l'APTEL KAIK	19/11/2020	19.800,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Radiologie 284, Rue Ghandi - Casablanca	5/11/2020	284 (Générale)	3000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 00000000	21433552 00000000
D	00000000 35533411	00000000 11433553
G		
B		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[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



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Mr Lahsen Haudir 19/11/16

198.40

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

49,60 x 4

caisse 100000

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

1 amp à boire bu

Ps 10 x 6

75

ensuite

1 amp / mois x 4

Dr. CHRAIBI  
Neurologist  
S.A.S

545 . شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

الموقع الإلكتروني: Site web : [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net) - العنوان الإلكتروني: E-mail : [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com)



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء ."

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Mr Houdir Lahcen 3/11/10

Faire

I.R.N. encéphalique

avec évaluation de  
la morphologie cérébrale  
peinture en rouge

FDR Vaisse multiples

Dr Hicham Chraibi  
Spécialiste Neurologie

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

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

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

**valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

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

Je soussigné : *Dr. H. Chraibi*  
*Docteur Chraibi*  
*Président Neurologie*

Certifie que M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup> : **HOUDEIR Lahsen**

Présente

**Maladie neuro-dégénérative cognitive**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **2 ans**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit) **A**

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto: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

*Dr. H. Chraibi*  
*Docteur H. Chraibi*  
*Président Neurologie*

**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**

## **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 RADILOGIE  
DU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADILOGIE

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 témoigne d'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 stigmate 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

DR. YAHIA KETTANI  
Radiologie Ghandi 282  
NPE: 891200329