

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

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° P19- 0039939

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1938 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SHAOUI HAYAT
Date de naissance : 01/01/1948
Adresse : Le base 2 no 18 Hay ESSALAD CAS A
Tél. 06 66 96 10 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 / 01 / 2020
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) :

Hay

[illegible]

21.01.20	14	200	200	200
----------	----	-----	-----	-----

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/2020	105,80

3110A1222	3110A1202	105, 80
-----------	-----------	---------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/11/20	SCANNING Lumière 505189	1500,00

3/11/20 SCANNED
CLINIQUE
1500

[illegible]

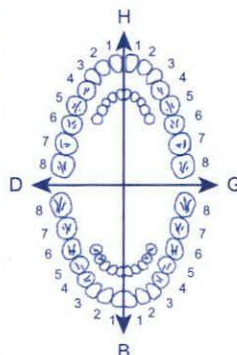
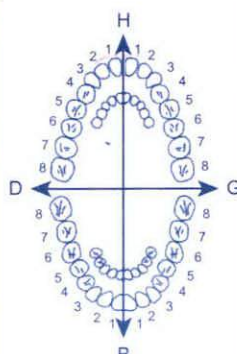
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

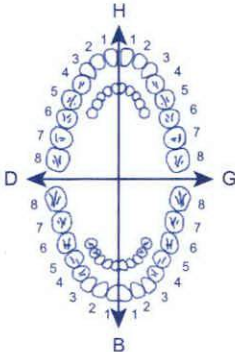
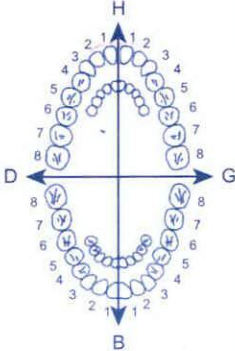
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
		35533411	11433553																
		B																	
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
					DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

31.01.20

Dr. SLAOUI HAYAT

no 5.80

Lioresal $\varnothing = 10 \text{ mg}$ (S.V.)



6 118001 030231

○ LIORESAL® 10 mg

Comprimé sécable

PPV: 105.80 DH

1/2 \varnothing à vide

peut-être 03/01/20

1/2 \varnothing matin

1/2 \varnothing

01 matin

peut-être

no 5.80



مصححة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 21.01.20

M. ELACHI HAYAT

Docteur en médecine
Lymphologie
Sportif
Donno - le sang

Dr. Nouredine HILAL

50 Avenue Lalla-yacout - CASABLANCA
Tel: 0522 26 43 32 / INP: 09 11 69 20 8



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 202 000 635 / 2020 du 31/01/2020

Nom patient	SLAOUI HAYAT	Entrée 31/01/2020	Sortie 31/01/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00	C1	300,00	300,00
SCANNER RACHIS LOMBAIRE	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 800,00
Total Frais Clinique				1 800,00

	Total général	1 800,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE HUIT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	1 800,00	1 800,00	0,00

Ref Chq : CA 9475406/

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dalton et Lavoisier
Tél: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 23
Sec. N° 11111111

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



مصحة الاختصاصات الشفاء *Clinique des Spécialités Achifaa*

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

31/01/20

NOM: Mme SLAOUI HAYAT

TDM DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE

TECHNIQUE

Acquisition hélicoïdale sans injection du PDC avec reconstructions MPR.

RESULTATS

Attitude scoliotique du rachis dorsolombaire.

Déminéralisation osseuse diffuse.

Fusion des deux corps vertébraux de D9 et D10.

Absence de recul du mur postérieur à l'étage dorsal.

Importante arthrose somatique et zygapophysaire étagée.

Corps vertébraux de hauteur normale à l'étage vertébral.

Présence d'une destruction osseuse de la partie inférieure du corps vertébral de L4 et de partie supérieure et antérieure du corps vertébral de L5, avec élargissement et irrégularité de l'espace intervertébral.

Présence d'une retrolisthésis de L5 sur L4 (grade I) associé à une hypertrophie osseuse et bilatérale des articulations zygapophysaires en regard, le tout est responsable d'un rétrécissement et irrégularité du canal lombaire, mesurant : 11 mm de diamètre antéropostérieur en regard de L4L5.

Absence d'anomalie des parties molles péri-rachidiennes

CONCLUSION

Aspect en faveur d'une destruction osseuse partielle des corps vertébraux L4 et L5, avec rétrolisthésis de L5 (type I) et hypertrophie des articulations zygapophysaires en regard, responsables d'un rétrécissement d'allure conflictuel du canal lombaire au niveau de L4L5, à confronter aux restes des données du bilan.

Fusion des corps vertébraux de D9 et D10.

Attitude scoliotique du rachis dorsolombaire fortement dégénératif.

Confraternellement
CLINIQUE ACHIFAA
Angle Dakon & la Voisier
Tél.: 022 85 92 20