

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-625101

69456

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1730 Société : B A C

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASIB PATIMA

Date de naissance : 10-11-1950

Adresse : Anversuelle

Tél. : 0661392301 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 MAI 2021

Nom et prénom du malade : ASIB PATIMA - Age :

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

Nature de la maladie : ASIB PATIMA Malade 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 Le : 03-15-2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

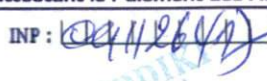
### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

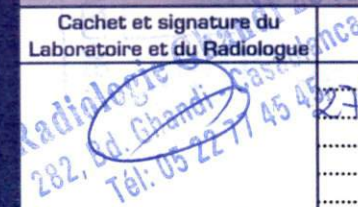
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**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

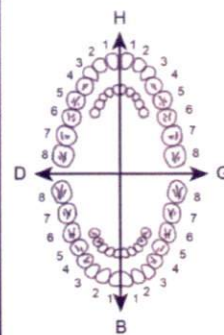
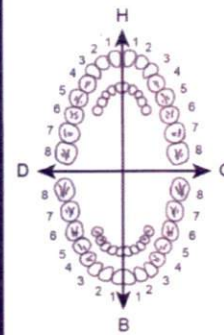


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : 

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
	27/11/21	2841/9006 (3,23)	2300,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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															

Dr. Abdelhafid SEDDIKI

NEUROCHIRURGIEN

Maladies et Chirurgie du Cerveau Crâne,  
Colonne vertébrale (Enfant et Adulte)

Ex. Neurochirurgien Attaché  
à l'Hôpital des Spécialités de Rabat  
Ancien Interne des Hôpitaux de France  
Electro-encephalographie



الدكتور عبد الحفيظ الصديقي

أمراض وجراحة الدماغ، الجمجمة،  
العمود الفقري، (الطفل والبالغ)

طبيب ملحق سابقا بمستشفى  
الاختصاصات بالرباط  
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا  
التخطيط الكهربائي للدماغ

Casablanca, le: 20/04/2022 في: الدار البيضاء،

Mme Azib Fatma

Endinite epale

Dte

→ IRM Epaul -

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

Dr Abdelhafid SEDDIKI  
NEUROCHIRURGIEN  
3, Rue Addi El Haraki, Quartier  
des Hôpitaux, Rés. Al Karam,  
RDC - Casablanca  
Tél: 0522 48 38 79



**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 27/04/2021

**Patiente : AJIB FATIMA**

**Prescripteur : Dr SEDDIKI ABDELHAFID**

**IRM DE L'EPAULE DROITE**

**TECHNIQUE :** Séquences axiale et sagittale T1.  
Séquences T2 FS dans les 3 plans.

**RESULTATS :**

- Présence d'une rupture transfixiante totale du tendon du supra épineux avec importante rétraction du moignon tendineux qui se projette à l'aplomb de l'interligne articulaire gléno-humérale.
- Cette rupture tendineuse s'étend en arrière à la partie antérieure du tendon de l'infra épineux.
- Il s'y associe une atrophie modérée avec discrète dégénérescence graisseuse des corps musculaires des supra et infra épineux.
- Tendon du sub scapulaire discrètement épaissi siège d'un clivage intra tendineux.
- Tendon long biceps en place au niveau de la gouttière bicipitale, d'aspect normal
- Tendon du petit rond d'épaisseur et de signal normaux.
- Epanchement de grande abondance au niveau de la bourse sous acromio-delhoïdienne et de la bourse sub-coracoïdienne avec épaississement des franges synoviales.
- Remaniements arthrosiques de l'articulation acromio-claviculaire avec présence d'un os acromial.
- Absence de lésion osseuse focale.

**CONCLUSION:**

- Rupture transfixiante totale du tendon du supra épineux étendu à la partie antérieure du tendon de l'infra épineux avec importante rétraction tendineuse, amyotrophie modérée et discrète dégénérescence graisseuse des corps musculaires.
- Aspect d'un clivage intra tendineux au niveau du tendon du sub scapulaire.
- Bursite sous acromio-delhoïdienne associée.

Cordialement  
**DR KETTANI**  
DR. YAHIA KETTANI  
Radiologue  
INPE: 051300329

**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° :1761/2021

Casablanca, le 27/04/2021

Nom patient : **AJIB FATIMA**

Examen(s) réalisé(s) :

**IRM DE L'EPAULE**

Montant : **deux mille trois cents (2300 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX MILLE TROIS CENTS DH**

REGLEMENT : CHEQUE N° 3408359

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