

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.

Diagnostic 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

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- 0000716

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1430 Société : 24 994
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ENNASR BENDAOUD
Date de naissance : 31/12/1953
Adresse : 17 LOT. AND ELKABIN ROUTE D'AREMOUN CASABLANCA
Tél : 06 61 32 12 02 Total des frais engagés : 2958,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/05/2021
Nom et prénom du malade : ENNASR BENDAOUD Age : 68
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 : CASABLANCA

Le : 12/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/05/2021	S		3000DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/2021	158,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/05/2021	Scanner Lombarde	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

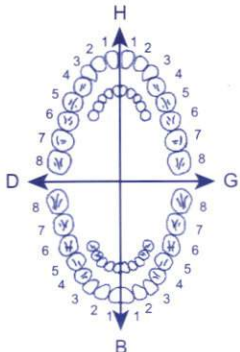
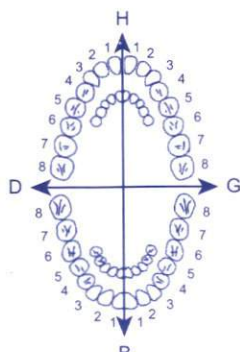
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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		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																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 17.5.21

BEDDAOUD ENNAER

136655
Dr. Louis CIEURANFA
Rue d'Alger 522 94 94
Tél: 05 22 94 94 94

Plyse 50
1 gel x 21j 15j



223

2) Cade L. 5j
1cp x 21j



158.50
Dr. Mouna
Rue d'Alger 522 94 94
Tél: 05 22 94 94 94

Clinique Médico Chirurgicale Longchamps
Dr. KAIY Bouahmed
Réanimateur Anesthésiste
INPE: 091063097

ALYSE[®] 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES

56 GÉLULES



Voie orale

Lot.:

20P026

Exp.:

12.2023

PPV: 136DH50

bottu_{ra}

b

ABDIIBRAHIM



82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



32

صيدول

باراسيتامول / كودينين

عن طريق الفم

حبة 20

Cédo!®
20 Comprimés



ستيفيك

24.50



Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien
Chirurgie de la colonne vertébrale
Electroencéphalographie

18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux
(à coté de Radiologie Anoual) - Casablanca
Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00
E.mail: doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous



الدكتور عزيز علوي المصطفى

أخصائي في أمراض وجراحة الرأس،
الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري
التخطيط الكهربائي للدماغ
18، زقة أبو معشر حي المستشفيات
بجانب الفحص بالأشعة أنوال - الدار البيضاء.
الهاتف: 05 22 86 41 00
doctoralaoui@hotmail.com البريد الإلكتروني:
بالموعد

Casablanca, le..... الدار البيضاء في

17/05/2021

ENNASR BENDAUD

SCIATIQUE S1 DTE
TDM LOMBAIRE

Dr. EL MOSTAPHA ALAOUI
Neurochirurgien
18, Rue Abou Maachar
Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00

Service Radiologie
Clinique Longchamp



- Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérique
• Echographie / Echo Doppler • IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscanner sur RDV • Radiologie Interventionnelle

17/05/2021

PATIENT : **ENNASR BENDAOUD**

PRESCRIPTEUR: **AZIZ ALAOUI EL MUSTAPHA**

SCANNER LOMBAIRE

TECHNIQUE : Acquisition spiralee millimetrique sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Rigidite lombaire sagittale.

Arthrose somatique et zygaophysaire etagee.

En L1-L2 et L2-L3 : Absence de saillie discale focale ou de signe de conflit disco-radicaire.

En L3-L4 : Discopathie protrusive posterieure sans saillie discale focale ou signe de conflit disco-radicaire.

En L4-L5 : Discopathie protrusive et saillie discale focale foraminale droite avec comblement foraminale sans signe de conflit disco-radicaire.

En L5-S1 : Discopathie protrusive posterieure sans saillie discale focale ou signe de conflit disco-radicaire.

Le canal rachidien est de dimensions normales.

Absence de lesion osseuse focalisee d'allure suspecte.

Absence d'anomalie des parties molles peri vertebrales.

CONCLUSION :

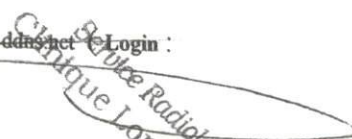
Discopathie protrusive aux trois derniers etages lombaires sur rachis degeneratif.

Saillie discale foraminale droite **en L4-L5** sans signe de conflit disco-radicaire.

Raideur lombaire avec canal rachidien de calibre normal.

Merci de votre confiance.

Vous pouvez acceder a votre examen en consultant le lien securise suivant: <pacswebclic.dans.net> Login :
HIS515126176170 Mot de passe : HIS8931)


Radiologie
Clinique Longchamps

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 17-05-2021

Facture N° 02674/21

A. Identification

N° Dossier : CLC21E17151701

N° Identifiant : 008931/21

Nom & Prénom : M. ENNASR BENDAOU

C.I.N : B404768

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 17-05-2021

Date Sortie : 17-05-2021

Médecin traitant : DR. AZIZ ALAOUI EL MUSTAPHA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER LOMBAIRE		1 500,00			1 500,00
Total Rubrique :						1 500,00
PARTIE CLINIQUE :						1 500,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						1 500,00

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

