

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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 ALP :

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- 0008747

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 98433 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MENIARI CL MENIARI
Date de naissance : 30/06/1952
Adresse : Casablanca
Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 744,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZRIA Siham
Néphrologie
Chu Ibn Rochd Casablanca

Date de consultation : 28/12/2021
Nom et prénom du malade : MENIARI CL MENIARI Age : 69
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cardiologie - Lombalgie - Arteriohypertension
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 : 03/01/2022
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
28/12/21	Radio radi- cuse dose labiale (F+P.)		CG	Dr. AZRIA Siham Néphrologie Chu Ibn Rochd Casablanca

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
	30.11.21	26x4 (1x2) 26x4 (1x2) 26x4 (1x2)	744.00 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

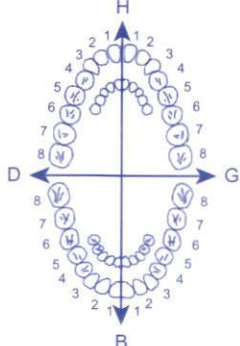
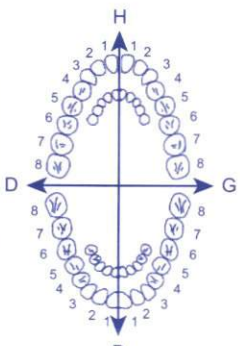
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																					
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				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



BILLET D'EXAMEN

Date : 28/12/21

Prénoms - Nom du malade : Meniar El DENIAT

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
Radio du rachis dorso-lombaire F + Profil	Radio du rachis cervico-lombaire F + Profil

Dr. AZRIA Siham
Néphrologue
Chu Ibn Rochd Casablanca
Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 21014518 N° Facture : 21014273 Date facturation: 30/12/2021

Nom et prénom du patient : **Mr EL MENIARI MENIAR**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS CERVICAL F/P, RACHIS DORSAL F/P, RACHIS LOMBAIRE F/P	1.00	744.00	744.00
		Sous-Total	744.00 DH
arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	: 744.00DH
Sept cent quarante quatre dirhams			
Adhérent :		Part organisme :	0.00 DH
Mle :		Part patient :	744.00 DH
PC N° :			

AUTORISATION DE TRAITEMENT

N° ADMISSION M-21-12-0992-069/21014518

Nom et prénom EL MENIARI MENIAR

Médecin radiologue DR LAHLOU NEZHA

Médecin traitant HOPITAL 20 AOUT

N° téléphone 0672833390

Assurance MUPRAS (RAM)

Admis par aziza

Liste des examens :

RACHIS CERVICAL F/P

RACHIS DORSAL F/P

RACHIS LOMBAIRE F/P

232.00

256.00

256.00



Visa Caisse

Casablanca, le 29 Décembre 2021

DR. AZRIA SIHAM

MR. EL MENIARI MENIAR

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL FACE ET PROFIL :

- Hauteur et alignement des corps vertébraux conservés.
- Pincement discal modéré en C4-C5 plus accentué en C5-C6, C6-C7 associé à une ostéophytose marginale antérieure.
- Uncarthrose bilatérale en C5-C6.
- Absence d'anomalie notable des arcs postérieurs avec respect de l'espace de sécurité.

Conclusion :

Cervicarthrose en C4-C5 surtout en C5-C6 et C6-C7.

RADIOGRAPHIE DU RACHIS DORSAL FACE ET PROFIL :

- Ostéophytose marginale antérieure latéro-vertébrale droite, formant des ponts osseux étagés de D4-D5 à D10-D11 avec respect de la hauteur des disques intervertébraux, faisant évoquer la maladie de Forestier.

Conclusion :

Aspect radiologique en faveur de la maladie de Forestier dorsale étagée de D4-D5 à D10-D11.

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE FRACE ET PROFIL :

- Trame osseuse normalement minéralisée.
- Hauteur disco-somatique conservée.
- Ebauche de bec d'ostéophyte marginale antérieure étagée.
- Absence d'anomalie des arcs postérieurs.

Conclusion :

Lombarthrose débutante.

DR LAHLOU NEZHA