

# 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 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 |

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.

107141

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **0944**

Société :

**RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**HALMONY ABDELMASID**

Date de naissance :

**09/01/1930**

Adresse :

**coop AL ICHRAFI N°21 Sidi**

**Jaouad CRABALI N°21**

Tél. **06981335457**

Total des frais engagés :

**2372,30**

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**الروفيسور على أبو خليفة  
Professeur Ali OUBOUKHLIK  
NEUROCHIRURGIEN  
N° Rue la Lande, 2ème étage N°6, Angle rue  
des Hôpitaux, Casablanca 20000  
Tél : 05 22 86 21 38 Fax : 05 22 86 21 38**

Date de consultation :

**01/03/2022**

Nom et prénom du malade :

**HALMONY ABDELMASID**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**AVC ischémique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

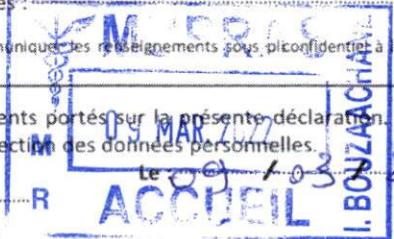
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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**

Signature de l'adhérent(e) :

**H. Halmony**



#### **BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Pajement des Actes
01.03.22	C		300000	INP : 09/03/2022 Signature : Dr. BOURGUIGNON
03.03.22	Coatilit			Signature : Dr. BOURGUIGNON

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Radio N° 109 Résidentielle 109, Résidentielle Prefecture Ann Chauhan Tél: 05 23 21 75 12 32 17 55</i>	02.03.2022	TDM (examen)	130004

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 l'ODF.

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



# CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبو خليل

جراحة الدماغ والعمود الفقري

8.30.22-

Casablanca, le :

Mr Harmony Aladelouejid

32600x7

- Pris de la 0.15



2596

14-beav' + 5j

P. 140 x 25 ← 3 mois



2597

348,00x4

Dopexil 5

14p j.



علي أوبو  
Cabinet de NEUROCHIRURGIE  
Adultes et Enfants  
2ème étage N°6, Angle rue Amyot  
et rue des Hôpitaux, Casablanca (Prés de l'Hôpital 20 Août)  
Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhluk12@gmail.com

15 Rue la Lande, 2<sup>eme</sup> étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA  
(Prés de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhluk12@gmail.com

EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50



**DOPEZIL® RANBAXY 5 mg**  
Boite de 28  
Comprimés Pelliculés  
Voie orale



PPV: 328 DH 00

PPV: 328 DH 00

**DOPEZIL® RANBAXY 5 mg**  
Boite de 28  
Comprimés Pelliculés  
Voie orale



**DOPEZIL® RANBAXY 5 mg**  
Boite de 28  
Comprimés Pelliculés  
Voie orale



PPV: 328 DH 00

PPV: 328 DH 00

**DOPEZIL RANBAXY 5 mg**  
Boite de 28  
Comprimés Pelliculés  
Voie orale



**AFRIC-PHAR**  
**LOT EXP**  
**0102072 02/2024**

**PPV 32DH60**



# CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أبو خليق

جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 11/3/22

Mr HALMONY Abdellatif

Fr 532.-

138.-

Bactro spray Addax



192.-

Pyostacine 5%



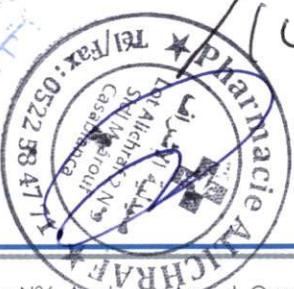
14x36 - x 10

10,10

- Paracetamol 500



7 x 500 - 4 le 10/08/2018



5 Rue la Lande, 2<sup>ème</sup> étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA

(Prés de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhlik12@gmail.com

EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50

**BACTOSPRAY**

LOT: BGB61  
EXP: 07/2024  
PPC: 138.00DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Pyostacine 500mg. cp b 16  
P.P.V : 192,00 DH

6 118000 061717

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Pyostacine 500mg. cp b 16  
P.P.V : 192,00 DH

6 118000 061717

PARANTAL®  
20 COMPRIMES 500 mg

6 118000 031831

PARANTAL® 20 COMPRIMES

PPV 10DH10 | EXP 03/2024  
LOT 13028 6



الفحص بالأشعة سيدى معروف  
RADIODIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 02/03/2022

**FACTURE N° : 01014/2022**

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMAJID  
Date d'examen : 02/03/2022

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
SCANNER CEREBRAL	1300 DH
<b>NET A PAYER</b>	<b>1300 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**MILLE TROIS CENTS DH**

Radio Diagnostic  
Sidi Maârouf  
109, Résidence Soufiane - Sidi Maârouf  
Préfecture Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 32 17 65



# CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أubo خليلي

جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le :

1.3.22

Harmony Abdellmajid

Arabe AUC en 2013

maissons capital nocturne

AKT TD Leebach

Radio Diagnostic

Sidi Maârouf

109, Résidence Soufiane Sidi Maârouf  
Préfecture Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 32 17 65

15 Rue la Lande, 2<sup>ème</sup> étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA

(Prés de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhlik12@gmail.com

EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50



Dr. Nadia Moubachir

Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune

Spécialiste en Radiologie

Casablanca, Le 02/03/2022

PATIENT : HALMONY ABDELMAJID  
MEDECIN TRAITANT : PR ALI OUBOUKHLIK

### **TDM CEREBRALE**

#### **CONTEXTE :**

Ancien d'AVC.

#### **TECHNIQUE :**

L'encéphale a été exploré par des coupes axiales jointives en contraste spontané.

#### **RESULTAT:**

##### **Etage sous tentoriel :**

Le 4<sup>eme</sup> ventricule est en place de taille normale.

Absence d'anomalie cérébelleuse et du tronc cérébral.

##### **Etage sus tentoriel :**

Petites lacunes ischémiques pariétales profondes bilatérales, d'allure séquellaire.

Atrophie cortico sous corticale comme en témoigne l'élargissement des sillons corticaux et le système ventriculaire.

Hypodensité de la substance blanche péri ventriculaire en rapport avec une leucoaroise.

Absence de lésion hémorragique.

Intégrité des espaces péri-cérébraux.

Elargissement du sinus frontal droit par une masse calcifiée arrondie et hétérogène de 13x12mm, avec comblement partiel du sinus frontal droit, sans rupture corticale, évoquant un ostéome.

#### **CONCLUSION :**

Petites lacunes ischémiques pariétales profondes bilatérales, d'allure séquellaire.

Atrophie cortico sous corticale.

Leucoaroise.

Confraternellement  
**DR MOUBACHIR NADIA**

*Radio Diagnostic  
Sidi Maârouf  
109, Résidence Soufiane Sidi Maârouf  
Préfecture Ain Chock - Casablanca  
Tel: 05 22 22 17 65*