

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-730731

129865

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____
Matricule : 12382 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : HAJJOUBI WADIE

Date de naissance : 15/11/1985

Adresse : _____

Tél. : 0666928342 Total des frais engagés : 2801 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : Hajoubi Wadie Age : _____

Lien de parenté : Fils-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Neurologie Cervico-médullaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

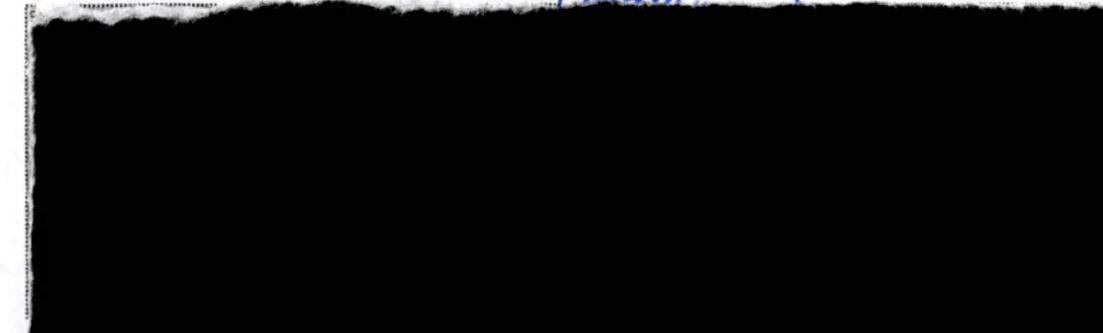
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/09/2022

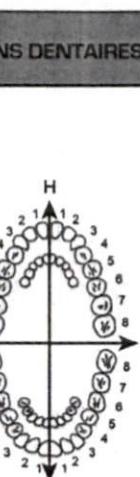
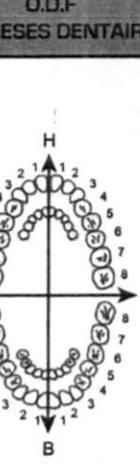
Signature de l'adhérent(e) : _____





EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Chirurgie 22 Rue Farès 05224 Casablanca - Tel. 44.37.87</i>	08/09/28	201,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>MSA RADIOLOGIE K. BEN YACHOU 3d. Abdelmoula 22027 77 440661 67 46</i>	07/09/78	<i>ZRT Cervicale</i>	<i>23000 M</i>

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for selecting type of treatment)	Coefficient (Rows for selecting coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				CCEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
				H	25533412	21433552																	
					00000000	00000000																	
				D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																					
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le : 08/09/2022 الدار البيضاء في

Haffoudi Wardi

144,30 ① 160x 200 le de 21 SV

1 feu 25'

22,00

② Cedol
74 31'



35,10

③ Beldouze.

74 25'

$T = 201,40$

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique-Orthopédique
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 50 54 12

200 mg

MP

après

ISOX®

Célécoxib

Voie orale



20 gélules

LOT 21006
PER 07/24
PPV 144DH30

144,30



باليه
الجديد

20



12
6
1

®



BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

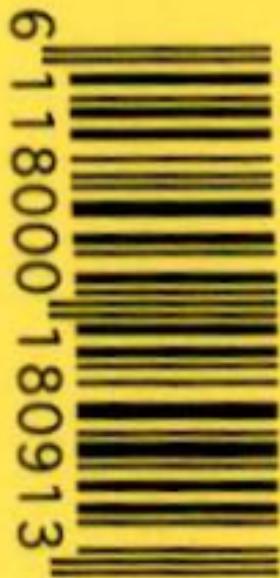
EXP 03/2025

LOT 21003 2

سيدو

باراستامول / كوبدين

Céadol®
20 Comprimés



عن طريق الفم

ستتمديك 

حبة
20

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

*Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 5054 12
Wadi*

*Malades Cervico brachial
droite .*

par R.H Cervico .

*CASA RAD
Dr. K. BEN YAHOU
119 Bd Abdelmoumen - Casablanca
0522 27 44 27/27 77 44/0661 67 46 72
CASA RADILOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOI
19, Bd Abdelmoumen - Casablanca
0522 27 44 27/27 77 44/06 01 67 46 72*

*Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 5054 12*

CASA RADIOLOGIE

Dr Y. BENHADDOU
Dr K. BENYACHOU



البيضاء
للفحص بالأشعة

الدكتور يوسف بنحدو
الدكتور خالد بنيشو

Casablanca, le 07/09/2022

FACTURE :09124/2022

Nom & Prénom : **HAJJOUBI WADI**

Examen(s)	
IRM CERVICALE	
Montant TOTAL	2300 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
deux mille trois cents (2300 DH)

CASA RADIOLOGIE
Dr. K. BENYACHOU
119 Bd. Abdelmoumen - Casablanca
0522 27 44 27/27 77 44/0661 67/67 72

CASA RADIOLOGIE

Dr Y. BENHADDOU
Dr K. BENYACHOU



البيضاء
للفحص بالأشعة

الدكتور يوسف بنحدو
الدكتور خالد بنيشو

Casablanca le 07/09/2022

Médecin Traitant : PR A. HARFAOUI

Nom du patient : MR HAJJOUBI WADI

Examen Réalisé : IRM CERVICALE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Bilan de névralgie cervico-brachiale droite rebelle.

TECHNIQUE:

Exploration faite en sagittale T1 et T2 et transverse T2.

RESULTATS:

Lésions dégénératives vertébrales et surtout discarthrose cervicale étagée en hyposignal T2 avec pincement de disques.

Pas d'anomalie de signal osseux vertébral ni de tassement.

Pas de ptose des amygdales cérébelleuses.

Le cordon médullaire cervical est homogène sans image de syringomyélie.

Pas de foyer en hypersignal T2 de souffrance médullaire.

Petite saillie discale postéromédiane C2/C3.

Saillie discale postérieure globale prédominant en latéral droit C3/C4.

Petite saillie discale postéromédiane C4/C5.

Saillie discale postérieure globale C5/C6 avec comblement partiel des foramens surtout celui gauche.

Saillie discale postérieure globale C6/C7 avec présence d'une saillie discale foraminale droite pouvant être conflictuelle.

Le canal cervical n'est pas étroit.

Pas d'anomalie de signal des parties molles para-vertébrales.

CONCLUSION:

Discopathie dégénérative cervicale étagée.

Saillie discale cervicale étagée avec surtout saillie discale postérieure C6/C7 prédominant en latéral droit et saillie discale foraminale droite pouvant être conflictuelle.

Canal cervical non rétréci et pas de foyer actuel de myéopathie cervicarthrosique.

CASA RADIOLOGIE
Dr. K. BENYACHOU
119 Bd Abdelmoumen - Casablanca
0522 27 44 27/0522 27 77 44/0661 67 46 72

Bien confraternellement à vous.
DR K. BENYACHOU