

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.

N 33106

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 10.186

Société : R - A - 01

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KRIM NAJIA

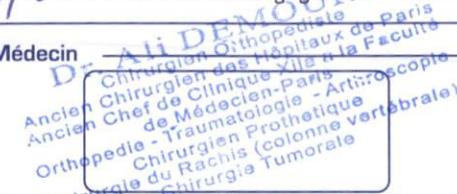
Miss

Date de naissance : 10-04-59

Adresse : 81 Rue Al MENBAR Hy EL YOUSSEF Ben Abdellah

Tél. : 06.126.60.78 Total des frais engagés : 5100 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2022

Nom et prénom du malade : KRIM NAJIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NC R

Conjoint

Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

ALD ALC

Pathologie : M

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 : / /

Signature de l'adhérent[e] :

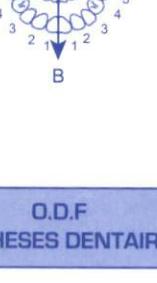
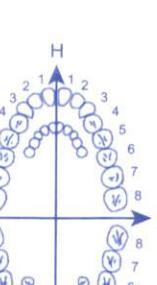


| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 06/10/2022 | CS | 300r | | <i>(Signature Dr DEMOUY, Médecin Orthopédiste de l'Institut Pasteur Paris, unique praticien - Arthroscopie, Radiologie, Chirurgie orthopédique et traumatique, Implantation)</i> |

| 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 |
|  Dr N. LARHIB Dr M. BOUZIANE Dr H. FARAJ 252286099 -Casablanca | 07/10/22 | IRM cervical. IRM Lombaire. | 4800 DT |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | H | | G | | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | D | | B | | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 00000000 | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Ali DEMOURA

Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
de Médecine Paris XII
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgie prothétique
Chirurgie du rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie tumorale

الدكتور علي دمورة

جراحة العظام والمفاصل
والعمود الفقري
خريج كلية الطب بباريس
الجراحة التقويمية و جراحة الكسور
الجراحة بالمنظار و الجراحة المجهورية
جراحة الأورام
جراح بمستشفيات باريس الجامعية

sur Rendez-vous

بالموعد

Krim Najid, Casablanca, le : 6/11/22

- TIRM. Cervical spine.

- TRM. Lumbal sacrum



Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. N. LAHLOU
Radiologue

Dr. Ali DEMOURA

Ancien Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chef de Clinique XIIe à la Faculté
de Médecine Paris XII
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgien Prothétique
Chirurgie du Rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie Tumorale



M U P R A S

N° Admission : 22010068 N° Facture : 22009810 Date facturati: 07/10/2022

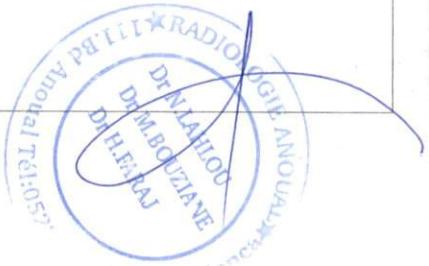
Nom et prénom du patient : Mme KRIM NAJIA

| PRESTATIONS | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|---------------|-------------|
| IRM CERVICALE ,IRM LOMBAIRE | 1.00 | 4 800.00 | 4 800.00 |
| | | Sous-Total | 4 800.00 DH |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille huit cents dirhams **Total : 4 800.00DH**

| | | |
|------------|------------------|------------|
| Adhérent : | Part organisme : | 0.00 DH |
| Mle : | Part patient : | 4800.00 DH |
| PC N° : | | |



Casablanca, le 06 Octobre 2022

DR DEMOURA ALI

MME. KRIM NAJIA

COMPTE RENDU

IRM CERVICALE ET LOMBO-SACRE

Technique :

- Exploration coupe sagittale et axiale T1 et T2
- Coupes coronales STIR sur les articulations sacro-iliaques

Résultat :

À l'étage cervical

- Conservation de la lordose.
- Très discrètes saillies disco-ostéophytiques postérieures non conflictuelles en regard de C5-C6 et C6-C7.
- Absence d'anomalie médullaire ou péri-médullaire.
- Respect de la hauteur et de l'alignement des corps vertébraux.

À l'étage lombo-sacré :

- Hypersignaux STIR en regard des articulations sacro-iliaques aussi bien sur le versant iliaque que sacré intéressant la partie inférieure de l'interligne visible à droite et à gauche pouvant être compatible avec une sacro-iliite
- Conservation de la lordose lombaire.
- Absence d'anomalie médullaire.
- Absence de pathologie herniaire.
- Respect de la hauteur et de l'alignement des corps vertébraux.

Conclusion :

Hypersignaux STIR en regard de la partie inférieure des articulations sacro-iliaques aussi bien sur le versant iliaque que sacré des deux côtés pouvant être compatibles avec une sacro-iliite, à confronter au bilan biologique et clinique



RADIOLOGIE ANOUAL
 Oncologie & Diagnostic du Maroc
 Dr. Hamza FARAJ
 RADIOLOGUE

www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00
 Tél: 0522 86 09 99

☎ 06 63 57 42 60 ☎ 06 63 57 42 60