

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0023692

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01707 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Gouair Abdellah Date de naissance : 3-12-56
 Adresse : 29 Passage Halima Essadia G Zahrat
 Tél. : 0661045704 Total des frais engagés : 22821 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/22
 Nom et prénom du malade : MALIKA Gouair Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affect en Neurologique
 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 : Berrechid Le : 17/11/22
 Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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
15/11/2022	Consulte	3000h		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mohamed El Khatir N° 1-2 Mosquée Tél Fax: 06 22 33 00 22	15/11/22	482,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL KHADIR Kaoutar Médecin Radiologue Clinique Chaouia 3, rue Othman Ibnou Nafie Bordj INPE: 061256798	16/11/2022	TDM Lombocroce	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

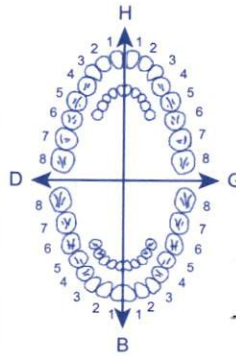
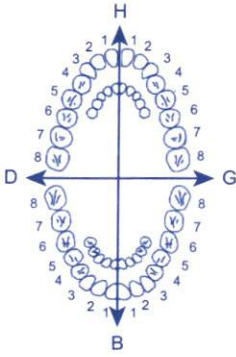
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. HARRIZI Ilham
Neurologue
Adultes et enfants



الدكتورة حريزي إلهام

اختصاصية في أمراض الدماغ، الأعصاب
العمود الفقري والعضلات - الكبار والصغار

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd
de Casablanca et CHR de Benimellal
Electro-Encéphalo-Graphie (Vidéo-EEG)
Electro-Neuro-Myo-Graphie (ENMG)

طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
وبالمستشفى الجهوي بني ملال

التخطيط الكهربائي للدماغ - الشبكة

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

صيدلية مسجد الرياض

Pharmacie Mosquée Riad

Dr. SIFAM TAMIR

N°: 1-2 Mosquée Riad

Hay Riad (A côté du Stade Sportif) Berrechid

Tel / Fax: 05 22 33 66 22

LE 15/11/2022

MME MALIKA GOUAIR

- COLTRAX Coltrax 4 mg – comprimé :
1 cp, soir, pendant 15 jours
- DOLTRAM:
1comprimé matin et soir pendant 10
comprimé matin pendant 10jours puis
- GAPREX 75 mg : 1 gélule matin pendant 5jour
matin et soir pendant 2mois
- DOLICOX 90mg :
1 comprimé par jour, après le repas, pendant 15 jours

PPV 30DH0
PER 09/25
LOT L8914

PPV 30DH00
PER 06/25
LOT L1958

LOT 224370
EXP 06/25
PPV 204DH00

PPV: 86DH40
PER: 07/25
LOT: L2577-

PPV: 86DH40
PER: 07/25
LOT: L2577-

45,70

30,00x2

204,00

86,40 x2

482,50




FACTURE N° 1568/2022

EXAMEN: TDM LOMBOSACREE

HONORAIRES : 1500 DH

MILLE CINQ CENTS DH

PATENTE N° : 40702390
ICE : 001533090000059



Adultes et enfants

333, Boulevard Mohamed 5, Lot. Nasr Allah 2ème étage N°8 - Berrechid (En Face de Carrefour)
ICE: 002816744000083 - INPE: 121196604 ☎0522 030 399 📠0642 890 050 @neuro.ilham@gmail.com



مصحة الشاوية

CLINIQUE CHAOUIA



060003332

Berrechid , 16/11/2022

PATIENT : KHARROUBAT MALIKA
MEDECIN TRAITANT : DR HARRIZI

TDM LOMBOSACREE

INDICATION : 61ans, Lombo-sciatalgie bilatérales.

TECHNIQUE :

Examen scannographique réalisé en acquisition volumique de 2.5mm reconstruite en 1m sans injection de produit de contraste avec reconstruction 3D.

RESULTAT :

- Rectitude du rachis lombaire.
- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Corps vertébraux de hauteur normale.
- Discrets remaniements somatiques étagés.
- Remaniements dégénératifs arthrosiques postérieures prédominant aux trois derniers étages.
- Canal lombaire de dimension antéropostérieure limite à l'étage L3 mesurant en : L1=17mm, L2=16mm, L3=14.5mm L4=15mm L5=16mm
- Hypertrophie des ligaments jaunes notamment à l'étage L4-L5.
- Absence de pincement discal significatif.
- Discret bombement discal de L3-L4 sans saillie discale focale.
- Bombement discal L4-L5 responsable d'un effet de masse sur le canal lombaire et les trous de conjugaison et arrivant en contact intime de l'émergence des racines L5.
- Bombement discal L5-S1 sans saillie discale focale arrivant en contact intime de la racine L5 droite.
- Absence d'anomalie des parties molles para-vertébrales.
- Remaniements dégénératifs sacro-iliaques bilatéraux comme en témoigne le vide intra-articulaire et l'ostéocondensation des berges articulaires prédominant au niveau du versant iliaque.

CONCLUSION :

Rectitude du rachis lombaire avec déminéralisation osseuse diffuse.
Lombarthrose étagée à prédominance zygapophysaire.
Bombement discal L4-L5 responsable d'un rétrécissement secondaire du canal lombaire d'allure conflictuelle.
Bombement discal L5-S1 légèrement conflictuelle sur la racine L5 droite.

Confraternellement

Dr K. ELKHADIR
Dr. EL KHADIR Kaoutar
Médecin Radiologue
Clinique Chaouia

3, Rue Okba Ibnou Nafie - 26100 BERRECHID - Tél.: 05 22 33 66 22 / 05 22 33 66 62 - Fax: 05 22 33 57 58

E-mail : clinichaouia@gmail.com

Patente N° : 40702390 - I.F. N° : 06100023 - R.C. : 613 - CNSS : 2368951 - ICE : 001533090000059