

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.

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

M22- 0011067

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : R.A.M. 442288
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom AIT LAHJADAR Mehdi
Date de naissance : 01/01/1944
Adresse : 36 Abou Ishak el ouagj ag apt 6
Maarif Casablanca
Tél. 0663607838 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 19/12/2022
Nom et prénom du malade : AIT LAHJADAR Nadia Age : 5 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : 1ère phase de plaques
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : 1ère phase de plaques
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 : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
19/12/21				

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
	28/11/22	ARM Cervical Cervical	6500

AUXILIAIRES MEDICAUX

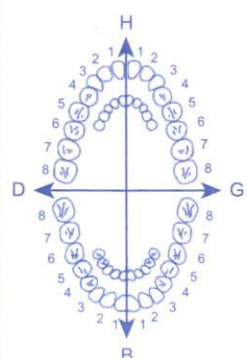
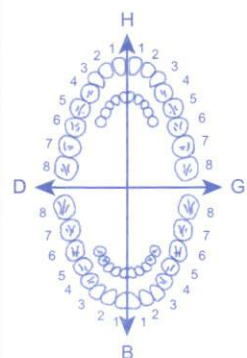
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



IBN ROCHD ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء

CHU

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 29/10/2022

Prénoms - Nom du malade :

Dr. Noureddine
Dne Waelie Ait Lahlouche

Service :

N° d'admission :

Renseignements Cliniques

Résultat d'Examen

Examen clinique de l'écoulement nasal comme chez
pauvre pour l'examen. malade pour ces
SC2, 2? depuis lors un sur l'unel.
Examen W2 avec IRD cérébral avec corps ciliaires

Le médecin traitant

(1, 12, Fleur, avec

examen de l'écoulement)

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83



CENTRE IRM MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N°022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers-MAARIF
Patente : 34770967 I.F :1087675

Casablanca, le 29/11/2022

Facture

Nom & Prénom : **MME AIT LAKHDAR NADIA**

Date d'examen : 29/11/2022

Examen(s)	
IRM CERVICALE + IRM CEREBRALE + PRODUIT DE CONTRASTE	
Montant TOTAL	6.500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX MILLE CINQ CENTS DH

CENTRE IRM MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Bahi
Tél : 0522 25 23 12
Fax : 0522 25 38 73

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



عيادة طبية للفحص بالاشعة
CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 29/11/2022

Mme. AIT LAKHDAR NADIA

EXAMEN : IRM CEREBRALE ET CERVICALE.

Technique :

Antenne : Tête + Rachis

Séquences : * Pondération T1, T2, plan sagittal.
* Pondération T2, plan axial.
* Pondération T2 FLAIR FAT SAT, plan coronal
* Pondération T1, plan axial, coronal et sagittal avec contraste.

Produit de contraste : Gadolinium.

Description :

- Présence d'une atrophie cortico-sous corticale et hippocampique bilatérale évoluée.
- Persistance des lésions de démyélinisation périventriculaires et des centres semi-ovales, confluentes « en nappe », bilatérales et asymétriques, hypointenses en T1, hyperintenses en T2 et en FLAIR FAT SAT.
- On retrouve des lésions similaires au niveau du tronc et des hémisphères cérébelleux.
- La ligne médiane est en place.
- L'injection de gadolinium n'entraîne aucune prise de contraste significative.
- Les coupes sagittales en pondération T2, retrouvent une lésion intra-médullaire en regard de C3-C4 et C5.

CONCLUSION :

- **ASPECT STABLE DES LÉSIONS DE DÉMYÉLINISATION CÉRÉBRALES ET MÉDULLAIRES DÉCRITES EN 2014, SANS AUCUNE PRISE DE CONTRASTE SIGNIFICATIVE AVEC UNE ATROPHIE CORTICO-SOUS CORTICALE.**

16, Rue Mohamed BAHJ
(EX. Rue Meissonier)
en face du bureau de pointage
des taxis - Maarif
20100 Casablanca
Radiologie du Maarif :
Tél : 05 22 25 74 82
05 22 25 30 30
05 22 23 79 34
Fax : 05 22 23 77 05
I.C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maarif :
IRM : 05 22 23 23 12
05 22 25 30 31
Fax : 05 22 25 38 73
maarif@hcm.ma
I.C.E : 001744900000074
Patente : 34770967
I.F. : 1987075

Avec mes amicales salutations.

Dr. BENYAHIA Z.
CENTRE DE RADIOLOGIE DU MAARIF
BERRADA
Tél : 05 22 23 77 05
Fax : 05 22 23 77 05