

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-485631

144 26



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2684

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Ben Cheikh Nouzha

Date de naissance : 20-08-1954

Adresse : 26 B Golf city, ville verte

Tél. : 06 63 11 79 10

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 JAN 2011

Nom et prénom du malade : Ben Cheikh Nouzha

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :  Conjoint

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

Dans le cas où le médecin 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 : 13/10/11 23

Signature de l'adhérent(e) :

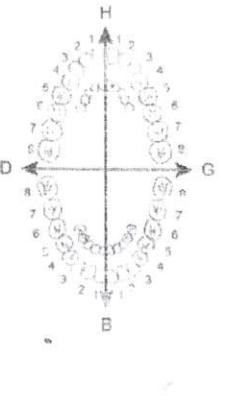
VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/01/23	SERVICE CONSULTATION	150/62	150,62	INP 091214962 DI MANAF Salma NEUROLOGUE EEG EMG

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RES. DVS 22 33 48 81 N. 10 2023 KOURA ANNEES 2023	10/01/23	123,40

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10/01/23	10/01/23	150/62	150,62

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	P.D.	I.M.	I.V.	Montant détaillé des Honoraires
12/01/23	10/01/23					

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 cannaire, ainsi que le bilan de l'ODF.												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
												
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>05033411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	G	05033411	11433553	
H	26533412	21433552										
D	00000000	00000000										
G	05033411	11433553										
												
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
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												



# وصفة

## ORDONNANCE

P.P.V : 3700  
LOT :  
EXP :

le 10/01/23.

PPV: 86DH40  
PER: 07/25  
LOT: L2577-1

que Bencheikh Nougha.

86,40  
1 - Doliox 90



37,- 140 x 90 prend au 15 J.

2 - Ace 400



140 x 315 45  
123,40

Dr. MANAF Salima  
NEUROLOGUE

EEG EMG

الطبقة - التنظيف الكهربائي للعضلات



# وصفة ORDONNANCE

le 10.10.2023.

Dr. Bencherif Nougha.

Cervicalg's

Dorsalg's

Neuralg's

cervico-brachialg

→ TON cervicale.



Dr. MANAF Salima  
NEUROLOGUE  
EEG EMG  
ال卜كة - التخطيط الكهربائي للعضلات



N° IPP :	759887	N° SEJOUR :	230001549	<b>FACTURE N° 2303000470</b>				DATE D'ENTREE :	10/01/2023	DATE DE SORTIE :	10/01/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : BEN CHEIKH,Nouzha				UF: 5003 RADIOLOGIE				BEN CHEIKH,Nouzha			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S :							
TIERS PAYANT 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :									
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>	TDM	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00	

Intervenant : 10494 DR EL GHISASSI NEZHA RADIOLOGIE				TOTAUX :	1000.00					1000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
MILLE				REMISE :	0.00	REGLE :	1000.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 10/01/2023 EDITEE LE : 10/01/2023 PAR: SIBAI				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :			DATE AT :			
				Règlement à effectuer à l'ordre de :			POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI			
				BANQUE :			B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA			
				N° compte bancaire :			011 780 00 00 43 210 00 60050 54			



# IMAGERIE MEDICALE

Radiologie - Mammographie - Echographie - Doppler Couleur  
Echographie Cardiaque - Scanner Multibarettes

Casablanca, le 10/01/2023

**NOM :** Mme BEN CHEIKH Nouzha.  
**MEDECIN DEMANDEUR :** Dr S.MANAF.  
**EXAMEN :** Scanner cervical.

**Technique :**

Coupes axiales de 2 mm d'épaisseur sans injection de produit de contraste IV.

**Résultat :**

- En **C5-C6 et C6-C7 :**
  - \* Pincement des disques avec ostéophytose en regard.
- En **C3-C4 :**
  - \* Discrète hernie discale médiane faisant sailli dans l'espace épidural antérieur.
- Absence de hernie discale au niveau des étages sus et sous-jacents.
- Uncarthrose cervicale.
- Arthrose interapophysaire cervical étagée.
- Dimensions du canal cervical normales.
- Rectitude de la courbure cervicale.
- Déminéralisation osseuse modérée.

**Conclusion :**

- En **C3-C4** : Discrète hernie discale médiane.
- Arthrose cervicale avec discopathie dégénérative en C5-C6 et C6-C7.
- Rectitude et inversion de la courbure cervicale.
- Déminéralisation osseuse modérée.

Dr N. EL GHISSASSI





N° IPP : 759887 N° SEJOUR : 230001524

FACTURE N° 2302000509

DATE D'ENTREE : 10/01/2023 DATE DE SORTIE : 10/01/2023

ASSURE :

MALADE : BEN CHEIKH, Nouzha

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

BEN CHEIKH, Nouzha

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200035 DR MANAF SALIMA	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00					AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 10/01/2023	EDITEE LE : 10/01/2023	PAR: SIBAI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						DATE AT :	
VISA			N° DE POLICE :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI							
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54							

