

## 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.

### 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

N° W21-764087

Par  
conseil

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2322 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AHZ - AHMED  
 Date de naissance : 15-9-52  
 Adresse : RUE - SPAD, N°15, TANGER  
 Tél. : 0579930744 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Aziz Ahmed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Spont, postel  
 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-764087

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2322  
 Nom de l'adhérent(e) : AHZ  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt : 3-1-22



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										
.....	.....	.....	.....	INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
.....	.....	.....	.....											
.....	.....	.....	.....											
.....	.....	.....	.....											
.....	.....	.....	.....											
.....	.....	.....	.....											

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/11/83	TDM	7000 Hna
			U.S. - EQUAN - FUE
			RADIOLOGIE 6369
			15-0000
			15-0000

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Médecin	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
Dr. <b>EL MANSOURI</b> Résidente en Rhumatologie <b>CHU - Tanger</b>	16/02/23				Dr. <b>EL MANSOURI</b> Résidente en Rhumatologie <b>CHU - Tanger</b>

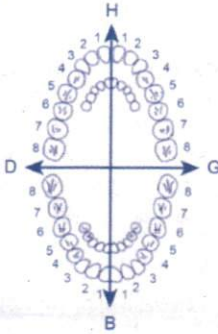
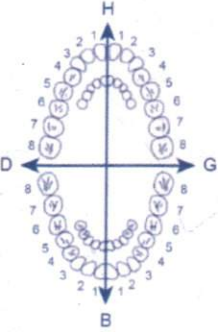
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	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			
	<div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Tanger, Le: 16/01/2023

Accord Dr. Eloufi  
016/01/23

Service de .....

Nom & prénom : Dr. Aziz Ahmed

## Ordonnance

Faire SUP : TDM de Rachis

Cher Conser,

Permettez moi de vous présenter ce patient âgé  
de 71 ans, ATCD: Tabagique chronique depuis 40 ans.  
il ya 28 ans + Luxation rétro de l'épaule dte + Opéré  
pr le Rachis des Postérieurs non documenté il ya 28 ans.

Suivre de notre formation pour le Rhumatisme psoriasique  
probablement retenu sur des critères clinique et radiologique.

Associé probablement à une neuropathie nerveuse d'origine

Syphilitique au niveau de Rachis. chez qui le TDM

de tout le rachis est indiqué ~~à priori~~ à la recherche

des signes d'athropathie au niveau du Cou, arrivait

jusqu'à ~~la~~ <sup>au</sup> rachis cervic.

Bilan rénal: normal

Signature de médecin

Dr. Noema EL MANSOURI  
Résidente en Rhumatologie  
CHU - Tanger

urée  $\Rightarrow$  0.40 g/L  
Créat  $\Rightarrow$  9.64 mg/L

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TANGER



Quittance N°586417

Hôpital : HR Mohamed V

Reçu de M. AAZIZ AHMED

LE :

N° d'admission : 2418/E/23

N° de facture : 4403/23



NATURE DE LA RECETTE	SOMME
DDM - ACTE DE SCANOGRAPHIE. L'EXAMEN EFFECTUÉ À L'AIDE D'UN APPAREIL DE FODENSITOMÉTRIE, QUEL QUE SOIT LE NOMBRE DE COUPES NÉCESSAIRES, AVEC OU SANS INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE, D'UNE DES RÉGIONS ANATOMIQUES SUIVANTES: TÊTE; COL; THORAX; ABDOMEN; PELVIS; MEMBRES; LACHIS	700,00 DH

TOTAL : 700.00 DH

La somme de :

##SEPT CENTS DIRHAMS ##

### SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Tanger le : ..... 16.01.23 .....

Nom et Prénom : ..... AZIZ Ahmad .....

Examen demandé : ..... TON Rachis + Genoux .....

### COMPTE RENDU

- Technique AHN, C-

- Résultats :

• Au niveau du rachis

- Remaniements dégénératifs élevés avec pincement de l'air discal et ostéophytes.
- Ces anomalies prédominent au niveau lombaire avec déformation scoliotique à convexité droite et bloc vertébral L2-L3.
- Arthrose zygapophysaire lombaire élevée prédominant en L4-L5 droite où existent des remaniements importants avec ossifications péri-articulaires.
- Absence de rétrécissement canalaire.
- A noter des ossifications de l'arc antérieur droite, s'étendant dans les parties molles, au niveau des côtes avec synostose partielle entre la première et la deuxième côte gauches.
- Calcifications et ossifications péri-articulaires au niveau des deux épaules prédominant à droite.

• Au niveau des genoux

- Destruction et déformations des extrémités articulaires avec multiples ossifications accolées à l'os et péri-articulaires.
- Les plus grandes ossifications mesent à droite : l'une part du condyle



fémoral interne mesurant 9 cm en longueur et se dirige en haut, présentant un aspect en aiguille

La deuxième ossification est parallèle au fémur, le long de sa face externe, sur les  $3/4$  environ de sa hauteur et mesure 22 cm avec un aspect en lame de sabre

Épaulement articulaire de moyenne abondance, avec épaississement régulier de la synoviale. Les ossifications sont en majorité péri-articulaires

Coç. Aspect TON compatible avec une ostéoarthropathie neurogène avec importantes ossifications péri-articulaires et juxta-ossues

J. EL OUA

Dr. EL OUAFI Nabila  
RADIOLOGUE  
IP 160005369  
CHR Tanger