

**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

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



jamaledde

Déclaration de Maladie

M22- 0020549

180168

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0836* Société : *ROYAL AIR MAROC*
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : *JAMALEDDINE D*
Date de naissance : *01.01.1943*
Adresse : *49 - RUE MY IDRIS EL AZHAR - BERRICHID*
Tél. : *06.81.14.46.65* Total des frais engagés : *3058,10 DH.* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *DR. AZIZ CHAÏO Otolaryngologiste 51, Bd. Hassan II, Mekki - Casablanca Tél. : 3322 54 02 50*
Date de consultation : *27/10/2023*
Nom et prénom du malade : *Jamal Eddine D* Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : *Aloudy*
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
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 : *27/10/2023*
Signature de l'adhérent(e) : *Jamal Eddine D*

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
27 07 23		1	340	
09 08 23		1	208.10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.08 23	208.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/07/23	2250	25000

AUXILIAIRES MEDICAUX

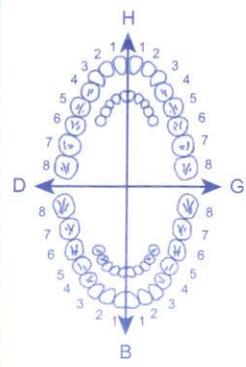
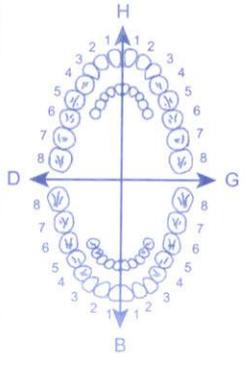
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

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

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	D		B																	
	00000000	00000000	35533411	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

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, le 27 of 6/23 في الدار البيضاء،

Handwritten signature

Handwritten signature: JAMAL BOUVA
Handwritten signature: Tout juste

Dr. Aziz CHAFIQ
Neurochirurgien
51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél.: 0522 54 02 60

51، شارع رحال المسكيني - إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA
الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

Docteur Aziz CHA
NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 09 08 2023 في مساءً

45,70

IXOR 20 mg 14 comprimés effervescents
PPU 73DH80
EXP 04/2025
LOT 31009 2

EFFIPRED 20 mg
PPU 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2N015 15

العمود الفقري

ب بباريس

يعي بيستر (باريس)

PPV 14DH00
PER 06/26
LOT M2091

BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 03/2026
LOT 2D003 1

4000
 45.70
 73.80
 14.00
 35.10
 208.10
 09 08 2023
 Dr. JAMAL EDRISS
 Effipred 20
 3
 Coltan 4
 1 x y
 1 Kalk 20
 1
 Dolipra 28
 1 x 3
 Beidouze
 1 x 3
 51

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, Bd. Mohammed V - BERRERCHID
Téléphone : 05 22 44 31 77

51
 51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA
 الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77



Nom & prénom : JAMALEDDINE MOHAMED

FACTURE N° : 23/014867

Date : 27/07/2023

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
I.R.M LOMBAIRE	2 500,00
	<u>Total Montant</u>
	2 500,00

RADIOLOGIE ABOUMADI
27, Rue Ilya Abou Madi
Appt N° 3 Gautier - Casablanca
Tél: 0522.20.34.57 / 0522.20.34.58
Fax: 0522.47.40.09

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

DEUX MILLE CINQ CENT DIRHAMS

REGLEMENT :ESPECES Le 27/07/2023

Relevé d'identité bancaire
Banque Centrale Populaire
Agence Massira
88, bd massira el khadra Casablanca
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73



Casablanca le 27/07/2023

PATIENT : JAMALEDDINE MOHAMED
MEDECIN TRAITANT : DR. CHAFIQ AZIZ
EXAMEN(S) REALISE(S) : I.R.M LOMBAIRE
H.

Technique

T1 et T2 sagittale
T2 axiale

Résultat

Sur le plan discal

Discopathies dégénératives intéressant pratiquement tous les disques du rachis lombaire nettement plus prononcées en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 responsables de petites hernies discales de topographie médiane plus prononcée en L5-S1 débordant latéralement à droite et à gauche avec le débord du côté gauche susceptible d'engendrer un conflit-disco-radiculaire.

Sur le plan médullaire

La moëlle présente un calibre et un signal respecté.
Absence d'anomalie de la charnière lombo-sacrée

Sur le plan osseux

Pas d'anomalie des corps vertébraux ou de leurs arcs postérieurs.
Respect de la hauteur vertébrale.
Canal rachidien de dimension normale.

Au total

Discarthrose multi étagée responsable d'hernies discales plus prononcée en L5-S1 où on note un conflit disco-radiculaire particulièrement à gauche.

Dr. Mustapha AKIKI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté
de Médecine

Dr. M. AZ EL-Arab BERRADA
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex Enseignant à la Faculté
de Médecine

Dr. Hakima BENKIRANE
Ep. Benjelloun
Spécialiste en Radiologie
Lauréate de la Faculté de
Médecine de Nancy
Ex attachée au CHU Ibnou Rochd
Diplômée de Paris
en Imagerie de la femme

Dr. Imad HANAFI
Spécialiste en Radiologie
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Bruxelles
Ex. Praticien hospitalier
des hôpitaux de Paris
Radiologie Conventionnelle
et Interventionnelle

- IRM Haut champ
- Scanner Spirale Multi-barettes
- Imagerie Cardio-Vasculaire
- Radiologie Générale Numérique
- Mammographie/Tomosynthèse
- Echographie-Doppler Couleur
- Echo-Doppler 3D, 4D
- Echographie Morphologique
- Cone Beam
- Panoramique Dentaire Numérique
- Denta-scanner
- Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie Biphotonique
- Radiologie Interventionnelle

Confraternellement
DR BERRADA AZ EL ARAB
INPE : 091032870

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint.

ou utilisez le lien :
<http://105.159.250.200:8088/images>
Login : AK511004
Mot de Passe : AK239439

