

# 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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0015759

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7290

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDESLAM KHAIRI

Date de naissance : 30/08/1964

Adresse :

Tél. : 0661457109

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAHIDI Naïma  
Rhumatologue  
173, Bd. Yacoub El Mansour  
Espace Andalouss, 1er Etage N°8  
Tél. 0522 95 14 38 - Casablanca

Date de consultation : 04/09/2023

Nom et prénom du malade : ZIANI Sihem ED KHAIRI Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Dentaire

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) :



# 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
07/09/16	Control général		20000DH	Dr. CHAHID N. EL MANSOURI 173, E. Yacoub El Mansouri Espace Andalouse, 1er Etage N°6 Tel: 0522 95 14 38 - Casablanca

# 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
RADIOLOGIE ZERKTOUNI Résidence les Hôpitaux Casablanca - Tel.: 05 22 88 11 11 ICE : 002458095000996	08/09/23	IRM	30000 DH

# 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 canalaires, 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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



**Dr. Chahidi, Naima**

**RHUMATOLOGUE**

Spécialiste des maladies des os, articulations  
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose



**الدكتورة نعيمة شهدي**

**أخصائية في جراحة العظام**

**و المفاصل و الروماتيزم**

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Casablanca le : ..... 07/09/23 .....

Am ZIANE Sihme Ep KHATIR

SA des: ATCD, = Annexe Rachide

Suivie par sd de Sjögren

Exposition lombaire + M de 2 Sacro-  
iliale

⇒ IRN lombaire

(avec élude de Sacro-iliale)

**Dr. CHAHIDI Naima**  
**Rhumatologue**  
173, Bd. Yaâcoub El Mansour  
Espace Andalouse, 1er Etage N°6  
Tél: 05 22 95 14 38

173, شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول رقم 6 - المعاريف - الدار البيضاء

173, Boulevard Yacoub El Mansour, Espace Andalouse, 1er étage, N°6 - Mâarif - Casablanca

Tél. : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15 / E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com



**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

**Dr Abdelaziz ZOUAOUI**

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 08/09/2023

Facture N° 4646/23

Nom patient : **ZIANI SIHAM**

Examen(s) réalisé(s) : **IRM LOMBAIRE**

Montant : **3000 DH**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
TROIS MILLE DH**

**REGLEMENT : CHEQUE N° 231 2862649**

**RADIOLOGIE ZERKTOUNI**  
Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerktouni  
Angle Rue des Hôpitaux  
Casablanca - Tél.: 06 22 88 11 11  
ICE : 002458095000096



**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

**Dr Abdelaziz ZOUAOUI**

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le , 08/09/2023

**DR CHAHIDI NAIMA**

**ZIANI SIHAM**

## COMPTE RENDU

### IRM LOMBAIRE :

#### Technique :

Sagittales T1, T2, STIR. Coupes axiales T2. CUBE T2.

#### Résultat :

- Courbure rachidienne conservée.
- Absence d'anomalie de la charnière dorso-lombaire.
- Canal rachidien de dimensions normales.
- Intégrité des structures osseuses vertébrales.
- Discret hyposignal T2 dégénératif étagé.
- Absence d'anomalie des parties molles péri vertébrales.
- En L1-L2, L2-L3 et L3-L4 : Absence de bombement ou de hernie discale focale.
- En L4-L5 : Bombement discal global avec un débord discal focal foraminal gauche inférieur d'allure non conflictuel.
- En L5-S1 : Bombement discal global avec un petit débord discal focal foraminal gauche non conflictuel.
- Absence d'œdème sous chondral ou spongieux au niveau des berges iliaques et sacrées.
- Absence d'hypersignal STIR osseux ou péri articulaire.
- Absence d'érosions ou de géodes sous chondrales sacro-iliaques.
- À noter la présence de myomes utérins le plus volumineux mesure 34 mm de grand diamètre.

#### Conclusion :

- Hernie discales foraminales gauches aux étages L4-L5 et L5-S1 non conflictuelles
- Absence de signe IRM évoquant une sacro-iliite ou une spondylarthropathie sacro-iliaque.

**Dr. K. RADOUANE**

**Dr. RADOUANE Khadija**  
RADIOLOGUE

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 29276 Mot de Passe : 16101