

## 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

- Reclamation : 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

M23-0016269

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AOUAD NAJIB 183621  
Date de naissance : 13 04 53  
Adresse : Habitatuelle  
Tél. : 0661 411 411 Total des frais engagés : = 832,00 ± Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENALI Nadia  
Médecin Généraliste  
Visite Permis de Conduire  
Tél: 05 22 22 62

Date de consultation : 13/11/2023  
Nom et prénom du malade : AOUAD NAJIB Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchopneumopathie chronique obstructive  
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 : 14/11/2023  
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
13 / 11 / 2023		C		<p>Docteur BENALI Nadia</p> <p><del>ecm Généraliste</del></p> <p>Visée Permis de Conduire</p> <p>tel: 05 22 25 96 62</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

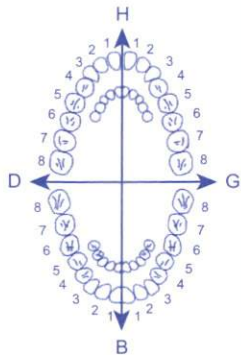
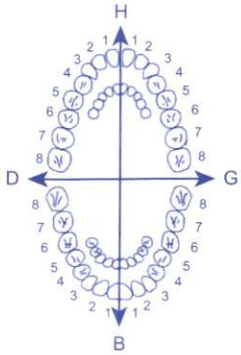
[illegible][illegible]

## 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 style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

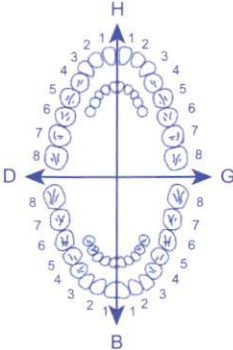
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT 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

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<b>D</b>	<b>G</b>	
	00000000 35533411	00000000 11433553	
	<b>B</b>		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BENALI Nadia**

MÉDECINE GÉNÉRALE  
FACULTE DE STRASBOURG

ECHOGRAPHIE  
DIABETOLOGIE  
D.U GYNÉCOLOGIE  
NUTRITION

VISITE PERMIS DE CONDUIRE



الدكتورة بنعلي نادية

الطبيب العام  
كلية الطب سترا سبورغ

الفحص بالصدى  
مرض السكري  
طب النساء  
التغذية  
فحص رخصة السياقة

Casablanca le : 13 / 11 / 2023 : الدار البيضاء في :

N° Anouak Nojla

1) R & en vertis control  
(Free - profil)

DIABETOLOGIE ANOUAL 111  
ologie & Diagnostic du Maroc  
71614006600058  
1, Bd Anoual  
99 - Gsm: 06 63 57 42 60

**Docteur BENALI Nadia**

Médecin Généraliste

Visite Permis de Conduire

Tél: 05 22 25 96 62

240, شارع أنوال - إقامة غزلان - رقم 1 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 25 96 62 - البيضاء  
240, Bd ANOUAL - Résidence GHIZLANE, apt 1 - 1 er Étage Tél : 05 22 25 96 62 - Casa

M U P R A S

DÉTAILS FACTURE PARTIE PATIENT

N° Admission : 23009726 N° Facture : 23009492 Date facturation : 14/11/2023

Nom et prénom du patient : **Mr AOUAD NAJIB**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RACHIS CERVICAL F/P	1.00	232.00	232.00
		Sous-Total	232.00 DH
arrêtée la présente facture à la somme de : <b>Deux cent trente deux dirhams</b>		<b>Total</b>	<b>232.00 DH</b>
Adhérent : Mle : PC N° :		Part patient	<b>232.00 DH</b>

  
RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 06 63 57 42 60



Casablanca, le 14 Novembre 2023

**DR .BENALI NADIA**

**MR. AOUAD NAJIB**

## **COMPTE RENDU**

### **RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL FACE ET PROFIL**

- Hauteur et alignement des corps vertébraux conservés.
- Pincement discal en C6-C7, avec une réaction ostéophytique postérieure.
- Absence d'anomalie notable des arcs postérieurs avec respect de l'espace de sécurité.
- Absence d'uncarthrose.

#### **Conclusion :**

Cervicarthrose en C6-C7.

**DR. LAHLOU NEZHA**

