

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

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

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° P19- 0014923

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0014923 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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° P19- 0014923

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

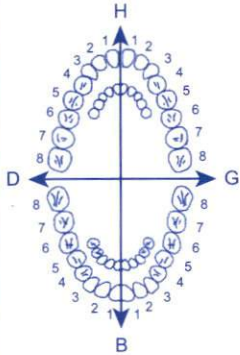
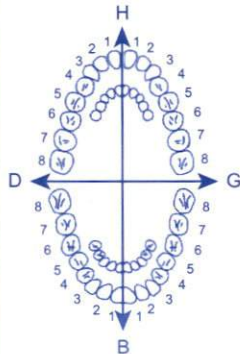
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montant des soins | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | G | | | Montant des soins |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution | | | | | | | | | | | | | | | |

Visa et cachet du
attestant l'



P 17 / 0064378

DATE DE DEPOT

03 / 07 / 2019

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle <u>Rabot</u> | Signature de l'adhérent |
|--|--|---------------------------------|-------------------------|
| Nom & Prénom <u>EL HADJO P. Barek</u> | | | |
| Fonction <u>Retraité</u> | Phones <u>0664 55 14 33</u> | | |
| Mail <u>secteur 1 B Rue EL AZHAR 247 Sidi Bou</u> | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient <u>EL HADJO P. Barek</u> | | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age <u>72</u> |
| Nature de la maladie <u>Douleurs non calmées de dent</u> | | Date <u>25/06/19</u> | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Non</u> | | Date 1ère visite | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| | <u>09</u> | <u>250</u> | |
| PHARMACIE | Date <u>27/06/19</u> | | |
| Montant de la facture | <u>697,00</u> | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date <u>26/06/19</u> | |
| Désignation des Coefficients <u>IBT</u> | Montant détaillé des Honoraires <u>3000,00</u> | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | | |

CACHET

Dr. MEOUHOU B SIHAM

Cabinet de consultations

de Médecine Générale

Gériatrie

Agréée pour la visite du permis de conduire

RABAT LE : 27/06/2019

NOM : EL HADDAD

PRENOM : MBAREK

135,00+

52,80

22,20

487,00

T = 697,00

- 1- Evox 500 : 1 cp / jour / 14 jours après repas .
- 2- Aulcer 20 mg : 1 / jour / 14 jours .
- 3- Prizdal 1 mg : 1 cp le soir matin / 1 mois .
- 4- Codolipranne cp : 1 cp si douleurs sans dépasser les 2 cp / jour / 4 jours .
- 5- Lyrica 75 mg : 1 cp le / 1 mois .

Docteur Siham MEOUHOU B
Médecine Générale Gériatrie
15, Rue Jbal Bouiblane Appt n°7 3eme Etg
Agdal - Rabat
Gsm: 06 11 91 78 77 - Tél: 05 37 67 02 45

034/11248

EVOX[®] 500mg
DCI: Levofloxacin
17344 - 03/20
135,00 DH
6 118000 340492

Codoliprane[®]
Dexaméthasone 400 mg
PPV: 22DH20
PER: 09/20
LOT: H848
6 118000 040217

Codoliprane[®]
Para Phos
PPV: 22DH20
PER: 09/20
LOT: H1939
6 118000 040217

PPV: 22DH20
PER: 05/19
LOT: G1260
6 118000 040217

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
PPV: 487DH00
6 118001 170678

AULCER[®] 20 mg
14 Gélules
LOT: 1829
PER: 03-2021
PPV: 52,80 DH
6 118001 220045

15bis, Rue Jbal bouiblane Appt 7, 3 eme etage Agdal - Rabat
Cabinet : Tél : 05 37 67 02 45 / GSM: 06 11 91 78 77
Email : siham_meouhoub@hotmail.fr
Code ICE : 001654586000013 RC NUM : 17332

Dr. MEOUHOU SIHAM

Cabinet de consultations

de Médecine Générale

Gériatrie

Agréée pour la visite du permis de conduire

E

RABAT LE :25/06/2019

NOM :EL HADDAD

PRENOM :MBAREK

I- IRM .

RC : maux de tête non calmé par les antalgiques habituelle .

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALE
Dr. M. BENCHEKROUN. B.
12, Rue khiafar' Mel - Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73

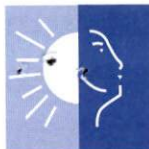
Docteur Siham MEOUHOU
Médecine Générale Gériatrie
15, Rue Jbal Bouiblane Appt 7 3ème Etg
Agdal - Rabat
Gsm: 06 11 91 78 77 - Tél: 05 37 67 02 45

15bis, Rue Jbal bouiblane Appt7, 3 eme etage Agdal – Rabat

Cabinet : Tél : 05 37 67 02 45 / GSM: 06 11 91 78 77

Email : siham_meouhoub@hotmail.fr

Code I C E : 001654586000013 RC NUM: 17332



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE
Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Dr. A. BENCHEKROUN. M.

FACTURE N° : 7508/2019

| EL HADDAD MBAREK | Salé, le 26/06/2019 |
|-----------------------------|---------------------|
| <i>Examen(s) Réalisé(s)</i> | <i>Montant</i> |
| IRM cérébrale | 3 000,00 |
| <i>TOTAL</i> | 3 000,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

REGLEMENT : ESPECES

Identité Bancaire : 022 815 000 065 00 050579 84 63 / SG Salé

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ
Dr. M. BENCHEKROUN. B.
12, Rue khlaifa R'Mel- Salé
Tél: 05.37.88.26.30 / 05.37.88.67.77
Fax: 05.37.88.07.73



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE

SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE

Dr. M. BENCHEKROUN. B.

Salé le, 26/06/2019 **Dr. M. BENCHEKROUN. M.**

Nom Et Prénom : Mr. EL HADDAD MBAREK
N° Patient / N° Dossier : D 46209 / 96296
Médecin Traitant : Dr. S. MEOUHOUB
Examen(s) Réalisé(s) : IRM cérébrale

INDICATION :

- Céphalées.

Technique :

- Examen réalisé sur un appareil GE Signa Creator avec des séquences :
 - Sagittale T1.
 - Coronale T2 FLAIR.
 - Axiale diffusion, axiale T2, T2*.
 - 3D FIESTA.

RESULTATS :

Fosse cérébrale postérieure:

- Absence d'anomalie de signal des hémisphères cérébelleux et du tronc cérébral.
- Atrophie corticale modérée.
- Le V4 est en place.
- Les angles ponto-cérébelleux sont libres.
- A noter un hyper signal de l'hémisinus sphénoïdal gauche en faveur d'une sinusite à ce niveau.
- Absence de comblement des autres cavités sinusiennes.

A l'étage sus tentorial :

- Présence de quelques hyper signaux T2 punctiformes de siège péri-ventriculaire, d'origine artériopathique.
- Foyers de démyélinisation de la substance blanche en regard des carrefours et des cornes occipitales de façon bilatérale.
- Absence de saignement intra-parenchymateux.
- La ligne médiane est en place.
- Expansion normale du système ventriculaire.
- Atrophie corticale modérée prédominant au niveau frontal.

CONCLUSION :

- *L'examen de ce jour montre une atrophie corticale modérée associée à des hyper signaux d'origine artériopathique au niveau péri-ventriculaire et quelques foyers de démyélinisation de la substance blanche en regard des carrefours et des cornes occipitales de façon bilatérale.*
- *Absence de processus expansif intracrânien.*
- *Comblement de l'hémisinus sphénoïdal gauche en faveur d'une sinusite à ce niveau.*

En vous remerciant de votre confiance,
اتجاه المقام الجميل

12, Rue khlaifa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007

Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr

