

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.

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.

Prothèse :

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

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° P19-0016713

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Arit Abdelkader Date de naissance :

Adresse : Cité Djennat Jantla 2 Mar Bouaffi N°11

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/07/2019

Nom et prénom du malade : Arit Aicha Age :

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

Nature de la maladie : Rhumatologie

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
21/05/2019		CS	2500DH	
16/06/2019		CS	CS	

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
21/05/2019		CS	2500DH	
16/06/2019		CS	CS	

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
	23/05/19	2302213 24+210 24+210 20+210 20+210	1592 DH	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/05/19	2302213 24+210 24+210 20+210 20+210	1592 DH

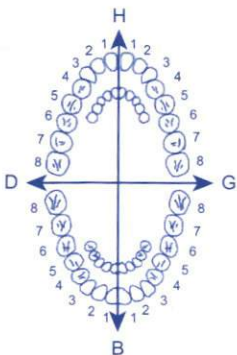
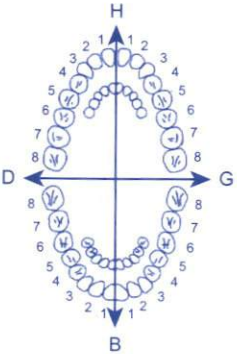
[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

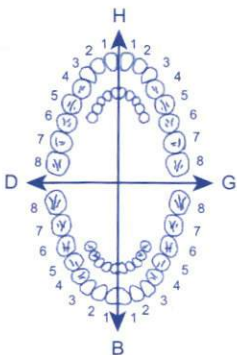
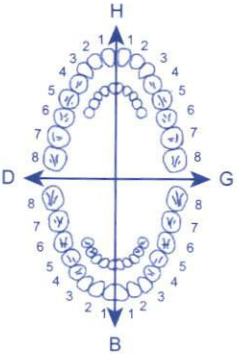
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

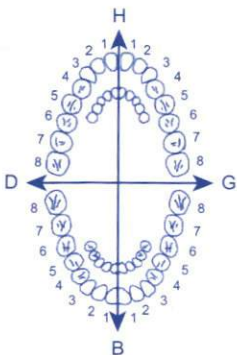
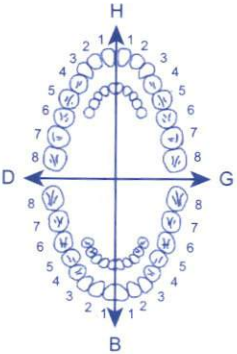
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

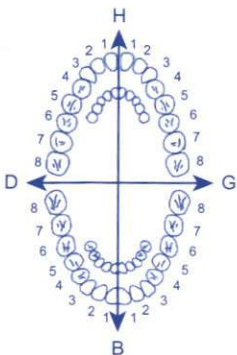
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

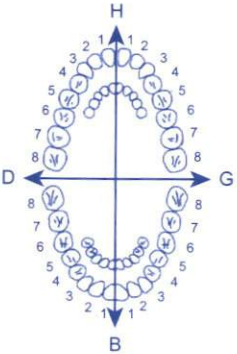
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> D 25533412 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 11433553 B </div> <div style="text-align: right;"> G </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

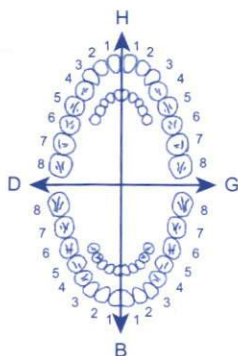
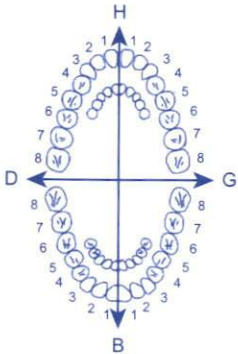
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
<table style="margin: auto;"><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: 80px;" type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

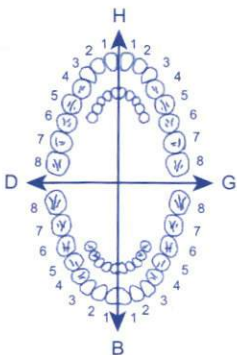
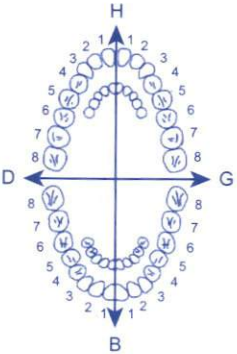
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
<table style="margin: auto;"> <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: 80px;" type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

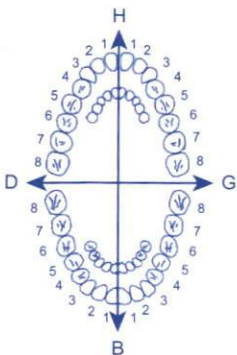
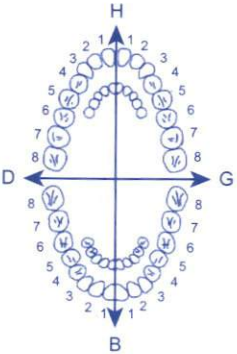
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>													
<table style="margin: auto;"> <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: 80px;" type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

الدكتورة إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (لييج - بلجيكا)
التغذية

Casablanca @ 1/05/2019.....

MME CHRIFI EP AZIZ AICHA

RX DES DEUX GENOUX F+P

RX DU RACHIS LOMBAIRE F+P

RX DES DEUX MAINS FACE

ECHOGRAPHIE DES DEUX ÉPAULES



شارع القدس، إقامة السكن الأنيق (تجزئة الصفا)، عمارة 404، الطابق الأول، رقم 7، عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al qods, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaâ), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca
Tél : 05 22 50 68 69 - GSM: 06 82 28 41 17 - E-mail: cabinetsehbani@gmail.com
INPE: 091175620

Dr Chakib BENNANI-SMİRES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOUİ | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 19007900 N° Facture : 19007761 Date facturation: 23/05/2019

Nom et prénom du patient : **Mme CHRIFI EP AZIZ AICHA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO 2 EPAULES	1.00	720.00	720.00
RACHIS LOMBAIRE F/P,RX	1.00	872.00	872.00
2GENOUX F/P EN CHARGE,RX			
2MAINS F			
		Sous-Total	1 592.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cinq cent quatre-vingt douze dirhams

Total : 1 592.00DH

Adhérent : AZIZ ABDELKADER

Part organisme : 0.00 DH

Mle :

Part patient : 1592.00 DH

PC N° : 590



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual - Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99/06 11 05 54 68

Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie : +212 522 86 09 89/06 45 28 72 92

IRM | Scanner : +212 05 22 86 09 79/06 11 05 54 82 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDouch
Dr Abdelaziz ZOUAoui | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 23 Mai 2019

DR SEHBANI ILHAM

MME. CHRIFI EP AZIZ AICHA

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIES DES GENOUX FACE, SCHUSS, PROFIL EN CHARGE :

- Déminéralisation osseuse modérée.
- Réduction de la hauteur de l'interligne articulaire fémoro-tibial au niveau des compartiments internes discrètement plus marquée à gauche.
- Ostéophytose modérée tibiale et condylienne interne bilatérale.
- Aspect de chondrocalcinose bilatérale.
- Rotules d'aspect normal.
- Déviation probable de l'axe des membres inférieurs en varus.
- Calcification des artères poplitées.

Conclusion :

Gonarthrose modérée intéressant de manière pratiquement symétrique les compartiments fémoro-tibiaux internes avec chondrocalcinose bilatérale.

RADIOGRAPHIES DU RACHIS LOMBAIRE FACE PROFIL :

- Ostéophytose modérée intéressant de manière étagée les plateaux des vertèbres lombaires.
- Conservation de la hauteur des disques intervertébraux.
- Anomalie transitionnelle à type de sacralisation de L5.
- Absence d'anomalie identifiable au niveau des arcs postérieurs.
- Calcification des parois de l'aorte abdominale.

.../....

MME. CHRIFI EP AZIZ AICHA

Conclusion :

Remaniements dégénératifs modérés intéressant les plateaux des différentes vertèbres lombaires avec conservation de la hauteur des disques intervertébraux correspondants.

RADIOGRAPHIE DES MAINS DE FACE :

- Absence d'anomalie identifiable au niveau des massifs carpiens.
- Conservation de la morphologie des métacarpiens ainsi que des interlignes articulaires métacarpo-phalangiens.
- Discrets remaniements dégénératifs des phalanges distales des trois derniers droits du côté droit ainsi que des deuxième et troisième doigts gauches.
- Calcification des artères distales des avant-bras.

PR. BENNANI SMIRES

