

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

Nº W19-536303

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		(2665F)	
Matricule :	1051	Société :	Royal
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Rabat - Casablanca
Nom & Prénom :		LASSARRE YOUSSEF	
Date de naissance :		1/1/1948	
Adresse :		Sofia Lennet du 1 My Casab	
Tél. :		06 18 13 84 9	Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Pr MOHAMMED MEZIANE ANESTHESIE REANIMATION CODE INF 101242048		
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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.			

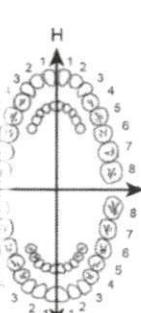
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : Le : 21/11/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	Nº W19-536303
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 :	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	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"/>												

DOSSIER D'ANESTHESIE

22/05/2022

IDENTITE :

CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE

Nom : LAAKEL Prénom : Mohammed Age : 72 Ans  
IPP : 160323090416FA Service : CPA

INTERVENTION

IRM clinique

Consentement .....

ANTÉCÉDENT :

Médicaux :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse                | <input type="checkbox"/> Cardiopathie   |
| <input type="checkbox"/> Atopie                                 | <input type="checkbox"/> Dyspnée        |
| <input type="checkbox"/> Asthme                                 | <input type="checkbox"/> Angor          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ischémique : Stent. Iya Ray |   |
| <input type="checkbox"/> HTA :                                  |   |
| <input type="checkbox"/> Valvulaire :                           |   |
| <input type="checkbox"/> Autres :                               |   |
| <input type="checkbox"/> AVC                                    | <input type="checkbox"/> BPCO :         |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                              | <input type="checkbox"/> Tuberculose    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diabète DM                  | <input type="checkbox"/> Autres :       |
| <input type="checkbox"/> Transfusion                            | <input type="checkbox"/> Epigastralgies |

Chirurgicaux:

Type d'intervention	Année	Anesthésie	Incidents

Toxique :

- Tabac     Depuis     Sevré :  Oui     Non  
 Alcool     Autres : .....

Newralgie cervico brachiale  
GH

Obstétricaux:

- G : ..... P : ..... Ev : ..... DDR : .....  
Grosse en cours :  Non  Oui  
Contraception :  Non  Oui, laquelle : .....  
Ménopause :  Non  Oui

Examen :

Etat général :

Poids : 75kg Taille : 1,68

BMI : .....

Etat général : .....

Bon  Moyen  Altéré

Dénutrition  Oui  Non

Capital Veineux  Bon  Mauvais

Traitements en cours :

Médicament(Présentation)	Famille	Posologie
+ Chrysophylle		
+ Flexia		
+ Aspergic		
+ Indos.		

Appareil Cardio-Vasculaire et respiratoire

FE : 70..... Dyspnée (NYHA) : .....

TA : 141/170 Tolérance à l'effort : 4 MET

FR : ..... ECG : .....

Auscultation : .....

Auscultation des carotides : .....

cyanose- SpO2 : 95..... ECG : .....

Rx poumon : .....

Echo Coeur : FE .....

Intubation

Mallampati :  I  II  III  IV

OB :  <3.5 cm  3.5 cm

DMT :  <6.5 cm  6.5 cm

Nuque : .....

Dentition : RAS

Mandibule : .....

Prothèse dentaire :  Oui  Non

Conclusion : .....

Examen neurologique

GCS : .....

Déficit moteur: .....

Déficit sensitif : .....

Pupilles : .....

Douleur et EVA : .....

Sites ALR .....

Abdomen .....

Autres : .....

Conclusion : .....

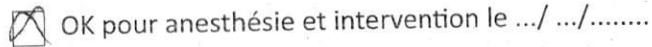
## Bilan Biologique

### **Conclusion :**

- A revoir avec
    - Bilan
    - Avis Cardio
    - Autres : .....

Cachet Médecin

**Pr. MOHAMMED MEZIAN**  
**ANESTHESIE REANIMATION**  
**CODE INPE : 101242048**



82.05.9080

<u>Préparation :</u>	<u>Prémédication :</u>	<u>Monitorage prévu</u>	<u>ASA</u>
<i>A</i> <i>J</i>		<p><u>Transfusion :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Transfuser pré-op : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Prévoir DDS Pour chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o CGR :</li> <li>o PFC :</li> <li>o Culot PQ :</li> </ul>	<b>Intubation difficile</b>
		<p><u>Anesthésie</u></p> <p><input type="checkbox"/> AG</p> <p><input type="checkbox"/> Intubation</p> <p><input type="checkbox"/> Masque laryngé</p> <p><input type="checkbox"/> APD</p> <p><input type="checkbox"/> ALR</p> <p><input type="checkbox"/> Sédation</p>	<b>Ventilation</b>
			<b>Estomac plein</b>
		<p><u>Antibioprophylaxie</u></p> <p>.....</p>	<b>Risque</b> <i>Thromboembolique</i>

## VISITE PRE ANESTHESIQUE

\* Le ..... / ..... / .....

## Cachet Médecin :

NVPO

Classe d'Altemeier

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 43.822 / 2020 du 02/05/2020

Nom patient : LAAKEL MOHAMMED

Entrée 02/05/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 02/05/2020

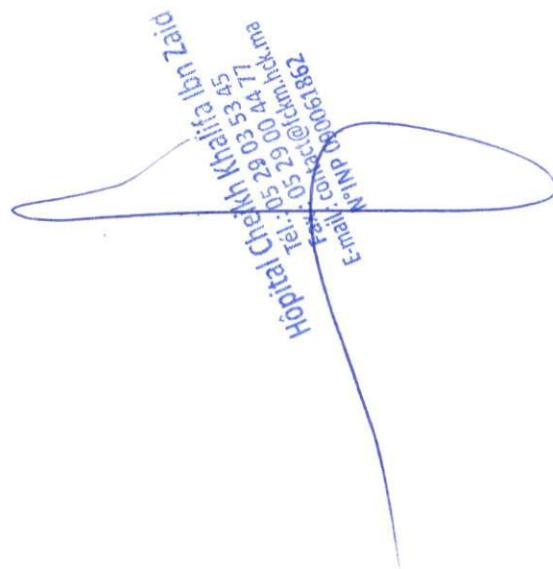
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation pré-anesthésique	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00





Le 29 avril 2020

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
AVENUE MOHAMED TAIEB NACIRI  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE**

N/REF : 20201200003963

Adhérent : LAAKEL MOHAMMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMMED LAAKEL.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2240.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1060.00 MAD

Validité de prise en charge : du 29-04-2020 au 29-07-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MOHAMMED LAAKEL.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

**NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.**

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire.
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2005041032330710 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000206153	LAAKEL MOHAMMED	04/05/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	014164	1 060,00
MUPRAS	Total payé	1 060,00
MILLE SOIXANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : KHA.CHAO

Casablanca , le 04/05/2020

PATIENT : LAAKEL MOHAMMED

### IRM MÉDULLAIRE

#### TECHNIQUE :

- Coupes sagittales T1 et T2 à l'étage cervical, dorsal et lombaire.
- Coupes axiales T2 au niveau cervical et lombaire

#### RESULTATS :

##### A l'étage cervical :

- rectitude du rachis cervical
- CCO d'aspect normal.
- chute de l'hypersignal T2 physiologique des disques
- à l'étage C5-C6:  
- érosion et irrégularité des plateaux sous chondraux en hypersignal T1  
hyposignal T2 STIR
- hernie disco-ostéophytique paramédiane, foraminale droite d'allure conflictuelle avec la racine C5 gauche.
- à l'étage C6-C7: hernie disco-ostéophytique foraminale gauche refoulant le cordon médullaire et amputant l'espace sous arachnoïdien pré médullaire, sans anomalie de signal médullaire.
- Absence d'anomalie des parties molles péri rachidiennes.

#### CONCLUSION :

- IRM du rachis cervical en faveur d'une cervi-discarthrose dégénérative
- Double hernie disco-ostéophytique aux étages C5-C6 et C6-C7 conflictuelle avec les racines C5 et C6 gauches.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr BENSLIMA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Dr ASS. BENSLIMA NAJWA  
Radiologie  
091235135

**CLINIQUE LINA**  
**SIDI MAAROUF**



مصحة لينا  
سيدي ماروق

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgien - Orthopédiste  
Docteur  
87, Bd. Mu Idriss 1er  
Tél : 0522.83.36.22 - CASA

Casablanca , Le

27/04/2020

MIAKEL Mohamed  
IRN cervicale

Névralgie cervico brachiale

gauche rebelle au TII  
medical

Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgien - Orthopédiste  
87, Bd. Mu Idriss 1er  
Tél : 0522.83.36.22 - CASA

**URGENCES 24H/24H**

S.A.R.L au Capital de 1.500.000,00 Dhs  
Patente : 37982364 - I.F. : 40166328 - C.N.S.S. : 7771513 - R.C : 438797 - I.C.E : 001644659000031  
147, Lotissement Lina. Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc - Tél / Fax: 05 22 97 74 00  
E-mail : cliniquelina147@gmail.com