

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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 caractére 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

MUPRAS N° P19-0047367

RECEPTION

ND : 40376

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3629 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : DIAANI MOHAMED

Date de naissance : 25 APRIL 1961

Adresse : H 43 LOT EL WAFA

..... DEROUA

Tél. : 05 22 53 25 11 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Yasser ASMAI  
Reanimateur  
Clinique IBN ZOHR

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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 : Derova

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
07/09/2023	traitant	1/1	300,00 DH 100,00 DH	YASSER ASMINE Réanimateur Clinique IBN KHALIL

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE BERRECHID</b> Hammam MARRAKCHI PHARMACIENNE 93 Bd Mohamed V Bencheikh Tel : 05 22 32 40 68	01/09/2020	108,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/2/2024	TOF dorsal TOF bascule	20000 DH 12000 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412 21433552		00000000 00000000		D ————— G		00000000 00000000		35533411	11433553	B		
H																			
25533412 21433552																			
00000000 00000000																			
D ————— G																			
00000000 00000000																			
35533411	11433553																		
B																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				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'EXEC

CLINIQUE IBN ZOHR

مصحة ابن زهر

Cizm

Berrechid le : ٢٠١٥/١٢/٢٠

## ORDONNANCES

-Diam' Nahr -

Tom Dolgo Combin

Tom BAGNI

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid

Berrechid le :

## ORDONNANCES

N° abnri A.R.

22.20

D codoliprane  
1/2 x 3/5

S.V

33.90

2

Prostend 500  
Mg x 3/5

S.V

52.80

3

Oles 20

S.V

T: 108.90

1up/5 Mayors dinner.

PHARMACIE BERRECHID



22,20



33,90



52,80



CLINIQUE IBN ZOHR

Clinique Ibn Zohr

Berrechid le : 18/09/2020

46, Lot El Amal - Berrechid  
Clinique Ibn Zohr

F A C T U R E

FACTURE N° : 967/2020 CIZ RX

Nom du patient : DIANI MOHAMED

Nature de l'examen : TDM DORSO-LOMBAIRE + TDM BASSIN

Médecin : Dr. NAOUFAL ABOUIBADALLAH

Nature de l'examen	Prix DH
TDM DORSO-LOMBAIRE + TDM BASSIN	3200 DH

Clinique Ibn Zohr  
46, Lot El Amal - Berrechid

49. L'oléo-amer-Berrechid  
Clinique IBN ZOHR

Sigüé:

therefore

## Conclusion

$$06 - 88 - 68 - 88 - 77$$

DATE: 02/08/2020

## RECUEIL DE VERSEMENT

Digitized by srujanika@gmail.com



NIGUE IBN ZOHR

Mayie

Berrechid le : 21/02/2012

**AU TOTAL :**

*Protrusion discale versus hernie discale postérieure et paramédiane gauche au niveau L5-S1 comprimant les racines S1 au niveau intracanalaire de façon plus marquée à gauche.*

*Rachis de type dégénératif sans lésion osseuse à caractère péjoratif.*

*Aspect de discopathie microcristalline T9-T10.*

*Statique dorsolombaire conservée.*

*Diamètre canalaire normal.*

*À confronter aux données cliniques.*

Dr. ABOUIB AYAD ALLAH Nantaf  
د. أبو عياد الله نانتاف  
Médecin Radiologue  
Clinique Ibn Zohr  
Berrechid - 2012

Berrechid le : 21/09/2020

NOM & PRENOM

: DIANI MOHAMED

EXAMEN

: TDM DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE+BASSIN

**COMPTE RENDU***Cher confrère,**Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.***TECHNIQUE :***Examen réalisé en séquences spiralées reconstruites en coupes fines de 2,5mm d'épaisseur sans injection du PDC.**Reconstructions coronales et sagittales.***RESULTAT :***Rachis de type dégénératif avec remaniements ostéophytiques antérieurs étagés associés à une arthrose articulaire postérieure lombaire basse.**Statique dorsolombaire conservée dans le plan frontal et sagittal.**Bon alignement de la ligne des murs antérieurs, des murs postérieurs et de la ligne spino-lamaire.**Calcifications discales au niveau T9-T10 en rapport probablement avec une discopathie microcristalline.**Hauteur conservée des corps vertébraux.**Absence de lésion osseuse à caractère péjoratif.**Aspect normal des parties molles para vertébrales.***Étage L3-L4:***Aspect normal du disque intervertébral.**Bonne émergence radiculaire bilatérale.**Diamètre canalaire normal avec un diamètre antéro-postérieur mesuré à 16 mm.***Étage L4-L5:***Aspect normal du disque intervertébral.**Bonne émergence radiculaire bilatérale.**Diamètre canalaire normal avec un diamètre antéro-postérieur mesuré à 16 mm.***Étage L5-S1:***Protrusion discale versus hernie discale postérieure et paramédiane gauche comprimant le fourreau dural et les racines S1 au niveau intracanalaire de façon plus marquée à gauche.**Diamètre canalaire normal avec un diamètre antéro-postérieur mesuré à 16,5 mm.*

Berrechid le : 21/02/2012

AU TOTAL :

*Protrusion discale versus hernie discale postérieure et paramédiane gauche au niveau L5-S1 comprimant les racines S1 au niveau intracanalaire de façon plus marquée à gauche.*

*Rachis de type dégénératif sans lésion osseuse à caractère péjoratif.*

*Aspect de discopathie microcristalline T9-T10.*

*Statique dorsolombaire conservée.*

*Diamètre canalaire normal.*

*À confronter aux données cliniques.*

Dr. ABOUIBADA LAH Nawfal  
د. أبو عباد لاه نواف  
Médecin Radiologue  
Clinique Ibn Zohr Berrechid

Berrechid le : 27/02/2012

NOM & PRENOM

: DIANI MOHAMED

EXAMEN

: TDM DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE

COMPTE RENDU*Cher confrère,**Je vous remercie de votre confiance. Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de l'examen que vous avez demandé.*TECHNIQUE :*Examen réalisé en séquences spiralées reconstruites en coupes fines de 2,5mm d'épaisseur sans injection du PDC.**Reconstructions coronales et sagittales.*RESULTAT :*Rachis de type dégénératif avec remaniements ostéophytiques antérieurs étagés associés à une arthrose articulaire postérieure lombaire basse.**Statique dorsolombaire conservée dans le plan frontal et sagittal.**Bon alignement de la ligne des murs antérieurs, des murs postérieurs et de la ligne spino-lamaire.**Calcifications discales au niveau T9-T10 en rapport probablement avec une discopathie microcristalline.**Hauteur conservée des corps vertébraux.**Absence de lésion osseuse à caractère péjoratif.**Aspect normal des parties molles para vertébrales.***Étage L3-L4:***Aspect normal du disque intervertébral.**Bonne émergence radiculaire bilatérale.**Diamètre canalaire normal avec un diamètre antéro-postérieur mesuré à 16 mm.***Étage L4-L5:***Aspect normal du disque intervertébral.**Bonne émergence radiculaire bilatérale.**Diamètre canalaire normal avec un diamètre antéro-postérieur mesuré à 16 mm.***Étage L5-S1:***Protrusion discale versus hernie discale postérieure et paramédiane gauche comprimant le fourreau dural et les racines S1 au niveau intracanalaire de façon plus marquée à gauche.**Diamètre canalaire normal avec un diamètre antéro-postérieur mesuré à 16,5 mm.*

## CENTRE DE RADIOLOGIE IBN ZOHR

Nom / Prénom : DIANI Mohamed Date : 20/11/12  
 Diagnostic : -07 doso - Lombal + TDM basan

