

# 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

- Réclamation : 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8767 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bon H. Ben A. Z. B.

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 : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0044511

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 : .....

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-718144

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8763

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : A212 Benkhelis

Date de naissance : 06-03-68

Adresse : Casablanca

Don Souhaite Casab

Tél. : 0661217358

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23

11.11.22

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dom. en crise

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 : 11/11/22

Signature de l'adhérent(e) :



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

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr N. LAHISI Dr M. BOUZIADE J. FARAJ	24/11/2022	IRB genou	24 000 Dhs

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																											
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th>INP :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																																					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																																						
MONTANTS DES SOINS																																											
DEBUT D'EXECUTION																																											
FIN D'EXECUTION																																											
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th colspan="2">           H 25533412 21433552            00000000 00000000            D 00000000 00000000            35533411 11433553            G            B         </th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td></tr> <tr><td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession</td></tr> <tr><td colspan="2"></td></tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession																		COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B																																										
	[Création, remont, adjonction]																																										
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession																																										
MONTANTS DES SOINS																																											
DATE DU DEVIS																																											
DATE DE L'EXECUTION																																											

Casablanca, le 24 Novembre 2022

**DR ADNANE NACER**

**MR. BOUKHRIS AKRAM**

### **COMPTE RENDU**

#### **IRM DU GENOU GAUCHE**

##### **Indication :**

Syndrome méniscal.

##### **Technique :**

Séquence coronale T1 et RHO film 1, sagittale RHO (film 2), sagittale T2 gradient (film 3), axiale RHO (film 4), sagittale T2 coupes fines sans fat sat (film 5).

##### **Résultat :**

- Suspicion de ménisque discoïde latéral, le ménisque présentant une continuité de ses cornes antérieure et postérieure sur 5 coupes sagittales et sa portion moyenne mesurant 23mm de largeur, effleurant l'échancrure inter-condylienne. Il ne présente pas d'anomalie de signal focal notable par ailleurs.
- Aspect normal du ménisque médial, du pivot central, des ligaments collatéraux médial et latéral et des tendons rotulien et quadriceps.
- Absence d'anomalie de signal du cartilage d'encroutement fémoro tibial et patellaire.
- Absence d'anomalie de signal osseux.
- Absence d'épanchement articulaire.
- Absence d'anomalie notable des parties molles péri articulaires.

##### **Conclusion :**

Aspect IRM évoquant un ménisque discoïde latéral, compensé.

**DR BOUZIANE MOUNIA**



DUPLICATA

Dr H.FARAJ M U P R A S

N° Admission : 22011901 N° Facture : 22011596 Date facturati 24/11/2022

Nom et prénom du patient : Mr BOUKHRIS AKRAM

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
IRM GENOU	1.00	2 400.00	2 400.00
		Sous-Total	2 400.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille quatre cents dirhams Total : 2 400.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	2400.00 DH
PC N° :		



Dr. Nacer ADNANE

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Tél. : +212 (0) 5 20 17'71 00

GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00

E-mail : adnane.ortho@gmail.com



د. ناصر عدنان

أمراض و جراحة العظام و المفاصل

الهاتف: +212 (0) 5 20 17 71 00

المحمول: +212 (0) 6 61 71 90 00

adnane.ortho@gmail.com البريد الإلكتروني:

16.11.2022

Casablanca, le :

Aksam BonKhris

Ss multi Sol Javor

See the

→ IBD gluon Javor



د. ناصر عدنان  
Dr. Nacer ADNANE  
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue  
Tél.: 05 20 17 71 00 - GSM: 06 61 71 90 00  
INPE: 091036874

(+CD)

Andalous III, Imm Jasmine 4, Etg 4 N°20, Bouskoura 27182 - Casablanca  
الاندلس 3، عمارة ياسمين 4، الشقة 20، بوسكورة - الدار البيضاء