

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 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

- 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.

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° P19-0032195

157376

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1137 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LOUDINI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066677790 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) :

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

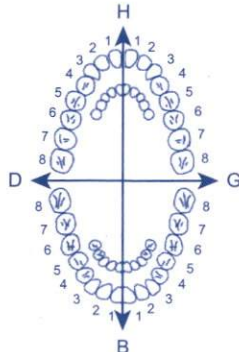
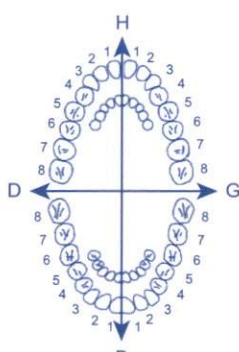
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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'EXECUTION

Je soussigné(e),	أنا الموقع (ة) أسفله،
Nom : LOUBINI	الاسم العائلي:
Prénom : Ahmed	الاسم الشخصي:
Matricule : 1137	رقم التسجيل:
Numéro de feuille de soins : P19-0039195	رقم ورقة التعويض عن المرض:
Motif dérogation : Accord préalable pour KINE.	سبب الطلب:

Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur :

• **ARTICLE 23.1 (accord préalable)**

L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale :

- Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ;
- Les séjours en maison de repos ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ;
- L'orthopédie ;
- La rééducation ;
- Les cures thermales ;
- La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ;
- La procréation ;
- Les lentilles optiques ;
- Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ;
- Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ;
- Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affectation Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical.

• **ARTICLE 25 (feuille de soins maladie)**

Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.

أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة المادة 23.1. (طلب الموافقة القبلية)

من الواجب على المنخرط طلب الموافقة القبلية بموجب وصف طبي في الحالات التالية:

- الاستشفاء في المغرب أو خارج المغرب في العيادة، المستشفى أو المرافق الصحية
- الاستشفاء في المنزل
- لتدخلات الجراحية
- تركيب وتقويم الأسنان للفكين
- طب العظام
- الترويض الطبي
- العلاج الحراري
- علم امراض النطق والامراض النفسية.
- الانجاب
- العدسات البصرية.
- رعاية المعاقين جسديا وعقلياً.
- التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتكررة في عدة حصص التي تشمل تدخل أو أكثر في إطار وقت محدد.

امراض الاورام، امراض الدم، الصبيلة والامراض المزمنة التعااضدية تتولى تسديد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية

• **المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض)**

يتم تحديد صلاحيتها ب 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : **14/04/2023** في التاريخ
A : في
Signature (lu et approuvé*) التوقيع

Lu et approuvé

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 08-09 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية.

***La mention lu et approuvé est obligatoire pour l'étude du dossier**

CASA le 14/04/2023

Monsieur le Directeur

Je vous prie de faire le nécessaire pour
ce dossier d'Intervention médicale et
de Kinesithérapie aux états unis
à MIAMI faveur de ma fille
LOUDINI IMANE suite à une
chute à la maison.

Je n'avais pas le temps de demander ni
prise en charge ni accord préalable.

Merci d'Avance de votre compréhension.

Mes Respectueuses salutations,

LOUDINI Ahmed

N° 01137



South Miami Walkin Orthopedics

5966 South Dixie Highway , Ste 401

South Miami, FL 33143

(786) 453-2667

Transaction ID	2466465203
Transaction Result	APPROVAL 0S5624
Transaction Date	02/10/2023
Transaction Time	12:55:37 PM EST5EDT
Transaction Type	Sale
Cardholder Name	LOUDINI AHME.MR
Card Brand	Visa
Card Class	Credit
Account Number	*****2178
Requested Amount	\$700.00 USD

Amount	\$700.00 USD
---------------	--------------

Authorization ID	0S5624
Entry Method	Mag Stripe
Entry Mode	Magtek Swipe
Verification Method	No CVM

No Signature Required

South Miami Walkin Orthopedics
5966 South Dixie Highway , Ste 401
South Miami, FL 33143
(786) 453-2667

Transaction ID 2455241703
Transaction Result APPROVAL 0G8246
Transaction Date 02/08/2023
Transaction Time 11:19:39 AM EST5EDT
Transaction Type Sale
Cardholder Name AHME.MR LOUDINI
Card Brand Visa
Card Class Credit
Account Number *****2178
Requested Amount \$400.00 USD

Amount \$400.00 USD

Authorization ID 0G8246
Entry Method Chip Read
Entry Mode Contact
Verification Method No CVM
Application ID a0000000031010
Application Label VISA
Application Cryptogram b38b8852a1c7b948
TVR 0000008000
IAD 06011203A0B812
TSI E800
ARC Z3

No Signature Required

Allergies

No known drug allergies

Medications

None reported.

Medical History

None

Surgical History

None

Social History

EtOH none

Smoking status - Never smoker

ROS

Provider reviewed on Feb 08, 2023.

A focused review of systems was performed including Musculoskeletal and Neurological and was notable for joint pains and joint swelling.

No Joint Stiffness, No Unsteady Gait, No Numbness, No Tingling, And No Headaches.

Chief Complaint: Right ankle

HPI: This is a 25 year old female who is being seen for a chief complaint of Right ankle. Right ankle pain for 2 months. Pain is localized to the lateral ankle (posterior and anterior to the lateral malleolus). Pain is moderate intensity, exacerbated with ankle range of motion. Associated with swelling and instability. Not taking oral analgesia. No numbness/tingling, loss of sensation, clicking, locking. No prior history of right ankle injuries. Reports history of left ankle injury. She is concerned about playing sports and yoga in the future with right ankle pain.

Vitals:

Date	Taken By	B.P.	Pulse	Resp.	O2 Sat.	Temp.	Ht.	Wt.	BMI	BSA
02/08/23 11:38	IGLESIAS, ALINA			16	99.0%	98.7 F	69.0 in	150.0 lbs	22.1	1.8
	FI02									

* Patient Reported

Exam:

Comprehensive, Lower Extremity Neurovascular

Appearance: well developed and nourished

Orientation: Alert and oriented to person, place, time.

Mood: mood and affect well-adjusted, pleasant and cooperative, appropriate for clinical and encounter circumstances

Gait: normal gait

Right LE Pulses: normal posterior tibialis and dorsal pedis pulses, brisk capillary refill, no edema

RLE Reflexes: DTRs normal active

RLE Peripheral Sensation: intact to light touch throughout peripheral nerve distributions

Coordination: Coordination normal.

Left LE Pulses: normal posterior tibialis and dorsal pedis pulses, brisk capillary refill, no edema

LLE Reflexes: DTRs normal active

LLE Peripheral Sensation: intact to light touch throughout peripheral nerve distributions

Ankle

Right Ankle ROM:

Dorsiflexion with Knee Extended: 20 degrees.

Dorsiflexion with Knee Bent: 20 degrees.

Plantar Flexion: 50 degrees.

Skin:

Right Ankle: skin intact, no rashes or lesions.

Inspection:

Right Ankle: **TTP lateral ATFL/ CFL and TTP peroneal**

Right Ankle Dorsiflexion:

Additional Strength Findings: **no pain**

Right Ankle Plantarflexion:

Additional Strength Findings: **no pain**

Stability:

Right Ankle: **Anterior drawer test: negative, External rotation test: negative, and Talar tilt test: positive**

Left Ankle ROM:

Dorsiflexion with Knee Extended: 20 degrees.

Dorsiflexion with Knee Bent: 20 degrees.

Plantar Flexion: 50 degrees.

Skin:

Left Ankle: skin intact, no rashes or lesions.

Inspection:

Left Ankle: Normal alignment, no deformity, no tenderness, no warmth, no masses

Left Ankle Dorsiflexion: Strength: 5/5, normal muscle tone.

Left Ankle Plantarflexion: Strength: 5/5, normal muscle tone.

Stability:

Left Ankle: Stable

Special:

Right Ankle: **Squeeze Test: negative**

Special:

Left Ankle: Normal

Tests

X-Ray Interpretation Ankle

Diagnosis: Ankle Pain, Right - M25.571

X-Ray Data:

Date: 02/08/2023

The following film(s) were done in our facility: right ankle AP, ankle lateral, and ankle oblique

X-rays of the right ankle were ordered and obtained, demonstrating the following findings: There is no fracture. Soft tissue exam shows normal soft tissue.

US Interpretation Ankle

US:

Date: 02/08/2023

US Type: comprehensive US right ankle

The following views were performed on US: tibiotalar joint, tibialis anterior, tibialis posterior, achilles, peroneus brevis, and peroneus longus

Right Tibiotalar Joint Findings: normal

Right Tibialis Anterior Findings: normal

Right Tibialis Posterior Findings: normal

Right Achilles Findings: normal

Right Peroneus Brevis Findings: normal

Right Peroneus Longus Findings: normal cystic circumscribed fluid collection between peroneal tendons and lateral malleolus with no vascular flow over cystic structure

Additional Ultrasound Findings: Small effusion lateral to the peroneal

Impression/Plan:

1. **Ankle Pain, Right**

Pain in right ankle and joints of right foot (M25.571) distributed on the right ankle joint and right ankle.

Plan: Counseling - Ankle Pain.

General Counseling

Care of ankle pain depends on the underlying cause. Many patients can be treated with conservative interventions like directed physical therapy, NSAIDs, bracing, and cortisone injections. Surgical intervention usually involves open or arthroscopic methods.

The natural history and treatment of ankle pain depends on the cause. A variety of conditions can lead to ankle pain such as arthritis, tendinitis, sprain, and fracture. The location of the pain may give a clue regarding the underlying cause. Most people report swelling, some loss of range of motion, clicking or popping sensations, occasional limping, or difficulty standing for prolonged periods of time. Physical examination and radiographic work-up are important initial steps during work-up.

Contact office if there is an increase in ankle pain accompanied by fever, chills or night sweats, or if there is a sudden loss of strength or sensation in the affected leg.

Plan: Brace - Ankle.

Diagnosis: Ankle Pain, Right

The right ankle was braced with a L1902.

Instructions: The patient is instructed to use the orthosis for as many hours per day as needed. I recommend continued use of the orthosis until next follow up.

Plan: Additional Notes.

Patient Specific Notes: -Right ankle pain s/p an ankle injury 2 months ago

-Consistent with ATFL sprain

-X-rays without significant findings

-U/S significant for cystic circumscribed fluid collection between peroneal tendons and lateral malleolus with no vascular flow over cystic structure

-2cc aspirated from ankle today

-ASO ankle brace provided in office; recommend to wear with ambulation for the next 2-4 weeks and with sports for the next 6 months

-RICE, nsaid and activity modification strongly



South Miami

**Walk-In Orthopedics
& Sports Medicine**

Visit Note - February 8, 2023

LOUDINI, IMANE

PMS ID: Sex: DOB: MRN:
1457750 Female 07/29/1997 1457750

- Prescribed PT for R ankle sprain
- Given home-exercises to do 2-3x/week for 4-6 weeks
- F/u in 4 weeks

Plan: Physician Assistant Attestation.

I saw the patient with Dr. Zagroba. She was present during all of the critical portions of the exam and helped to formulate the treatment plan.

2. Joint Effusion, Ankle, Right

Effusion, right ankle (M25.471)
located on the right ankle joint.

Plan: Joint/Bursa Aspiration.

The risks, benefits and alternatives of aspiration were discussed with the patient. Risks include infection and bleeding. No certain guarantees have been made, patients understand that responses can vary and multiple procedures may be necessary. The patient was identified and timeout confirmed the correct site for the procedure. The patient was positioned appropriately. The overlying skin was prepped with Chlorascrub. ethyl chloride was applied for topical anesthesia. Ultrasound guidance was performed at 10 Mhz with a linear probe. The use of direct ultrasound visualizations of the needle (rather than a palpation-guided procedure) was required to ensure accurate needle and injection placement, in order for diagnostic specificity when evaluating effectiveness of the injection, and for safety purposes to minimize risk of bleeding or injury to nearby neurovascular structures. 2 cc of fluid was aspirated from the right ankle.

Plan: Separate and Identifiable Documentation.

Follow up in 4 weeks for: Further Evaluation and Management

Total time of 30 minutes personally spent by the physician and/or other qualified health care professional assessing and managing the patient on the date of the encounter doing the following: preparing to see the patient (eg: review of tests), obtaining and/or reviewing separately obtained history, performing a medically appropriate examination and/or evaluation, counseling and educating the patient/family/caregiver, ordering medications, tests, or procedures, and documenting clinical information in the electronic or other health record.

Staff:

SARA ZAGROBA (Primary Provider) (Bill Under)

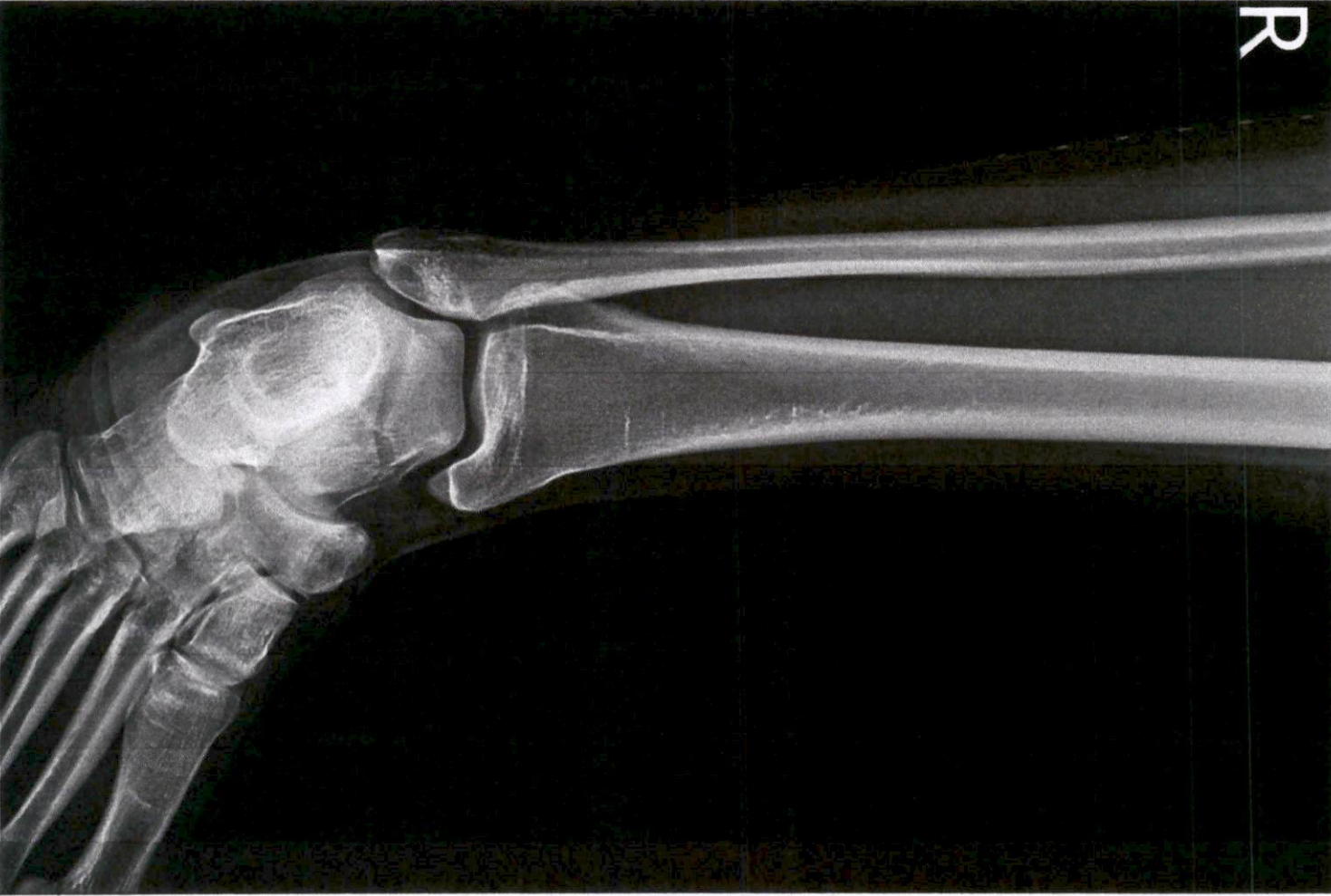
Adriana De La Fuente

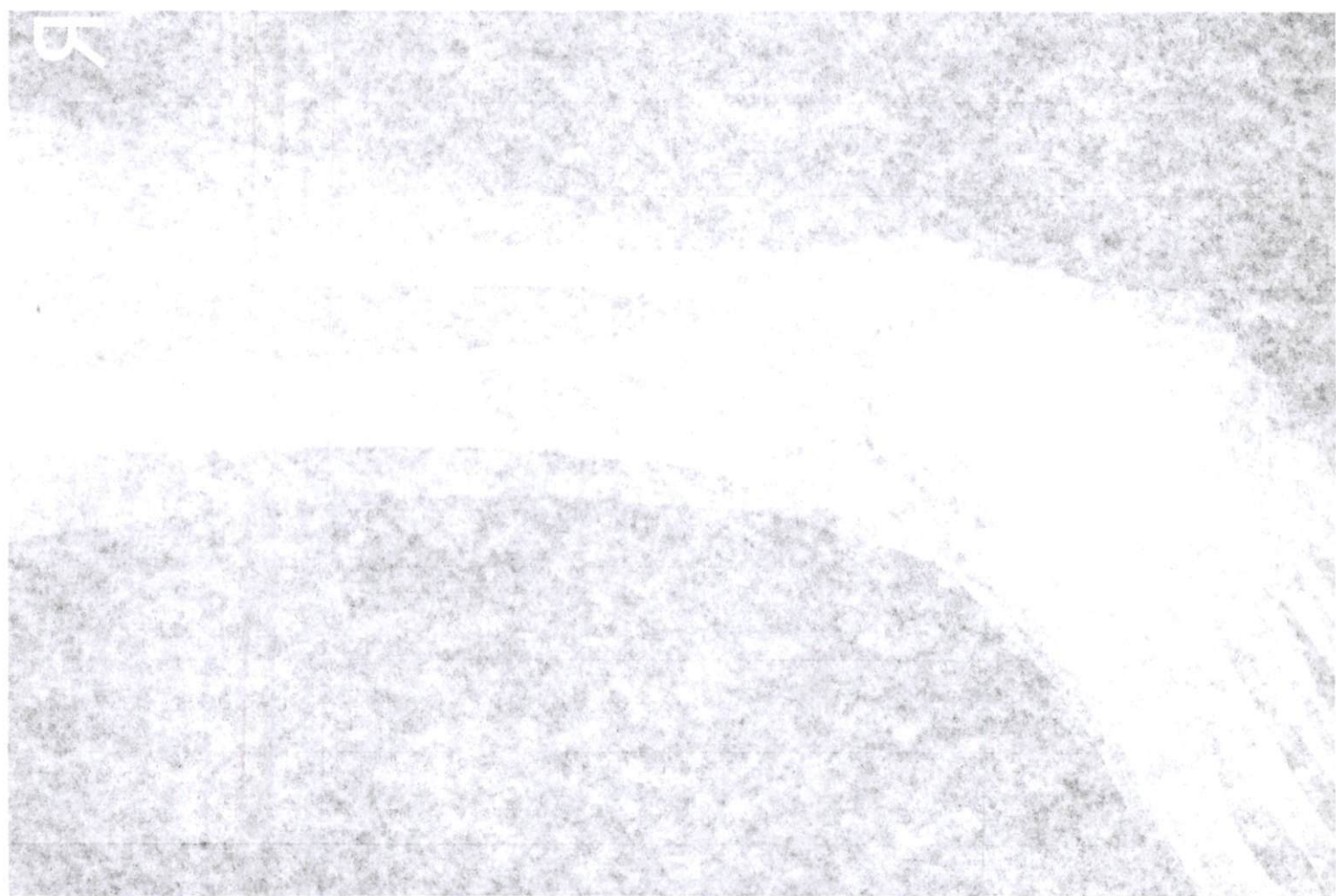
Electronically Signed By: SARA ZAGROBA, 02/10/2023 01:33 PM EST

I saw the patient with SARA ZAGROBA, elicited a history, performed an exam, and developed an impression and plan. I was present for all key aspects of the visit. My impression is as follows:

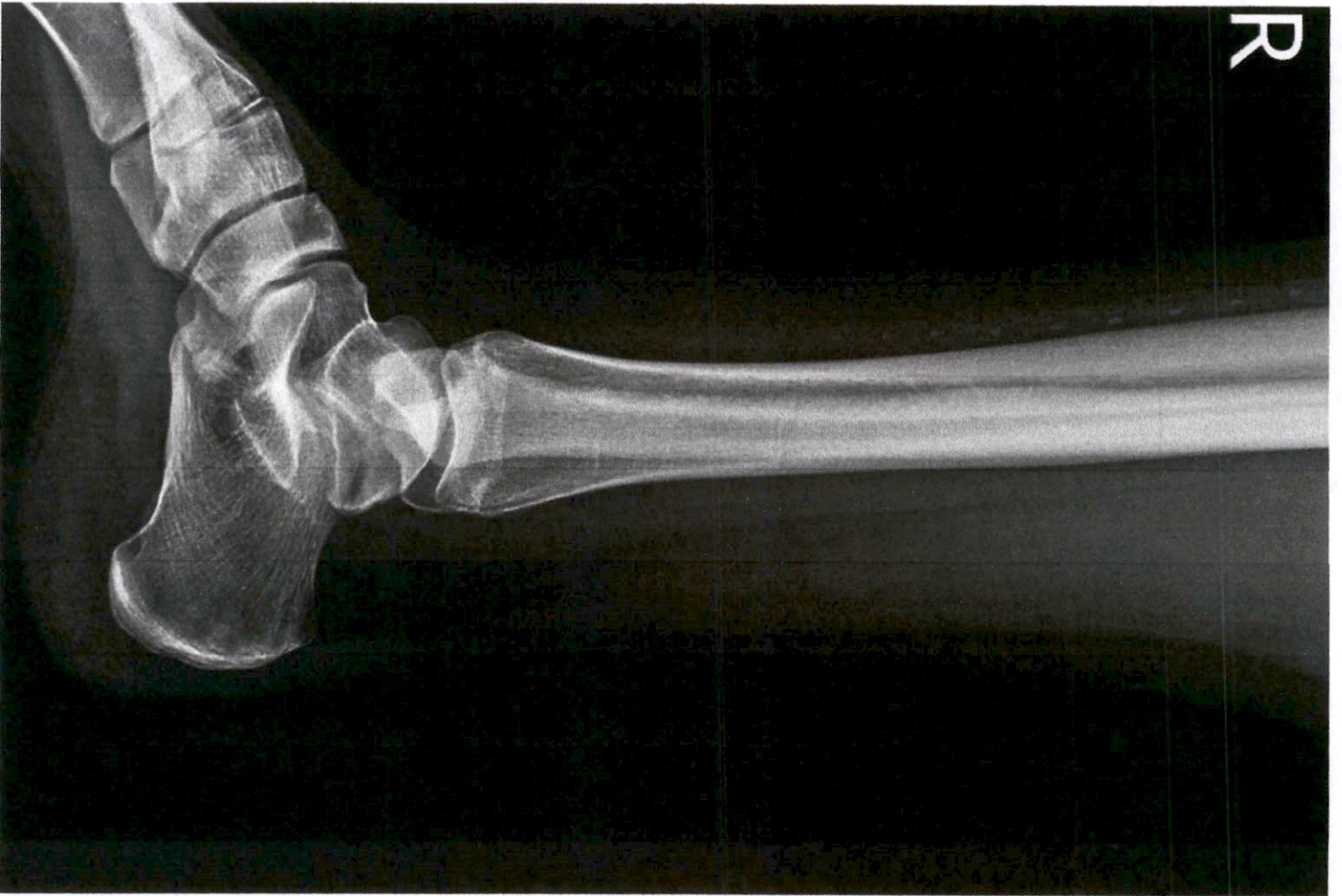
Electronically Signed By: Adriana De La Fuente, 02/08/2023 05:55 PM EST

R





R





R



