

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0034781

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4888 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : V. HICHI RAMSES 161570  
 Date de naissance : 23/11/1951  
 Adresse : Res Sindikat T1 APPT 101 Route d'AZEMOUR - CASA  
 Tél. : 06 44 16 76 22 Total des frais engagés : 176,22 euros Dhs  
 Dr Franck THANAS + 70/90

### Cadre réservé au Médecin

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE**  
**CENTRE DE L'ARTHROSE**  
6 rue Georges Negrevergne  
33700 MERIGNAC  
Tél : 05 56 46 10 40  
33 1 71 51 11 0

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 25/04/2023  
 Nom et prénom du malade : LARROUX Beatrice Age: 66  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Goutte arthrose  
 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 : MERIGNAC Le : 25/04/23  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

**CENTRE DE L'ARTHROSE**

6 rue Georges Negrevergne

33700 MERIGNAC

~~Tél: 05 56 46 10 40~~

33 1 71511 0

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ARAUCARIA</p> <p>42, Rue d'Ifrane Pharmacie</p> <p>CIL - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 36 13 05 / 05</p>	10/05/2023	7090 1740

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

19/05/2023

7090 MAD

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant  
des Honoraires

06 - Radiodiagnostic et Imagerie Médicale  
6 Rue G. Nègrevergne - 33700 MÉRIGNAC

Tel : 05 56 12 16 93  
33 1 731 570

25/07/23	NF 00003
----------	----------

76,22 Euros

[illegible]

Date des Soins

Nombre			
AM	PC	IM	IV

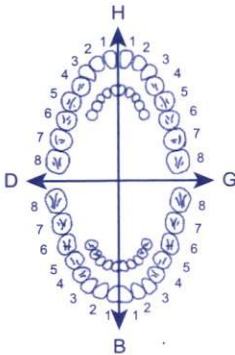
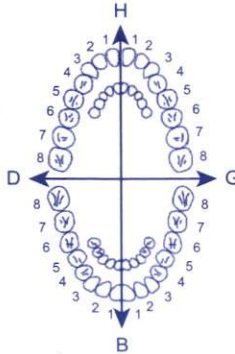
Montant détaillé  
des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
						DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin: 10px 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

## SOINS DENTAIRES

## Dents Traitées

### Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'B'. The left side of the bridge is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





**CENTRE DE LA PROTHÈSE**  
**HANCHE & GENOU**

**Prise de rdv :** Doctolib.fr  
**Secrétariat :** 05.56.46.10.40  
secretariatdocteurthanas@gmail.com

**Docteur Franck THANAS**

*Ancien Interne des Hôpitaux  
de Clermont-Ferrand  
Ancien Chef de Clinique des Universités  
Membre de la Société Française de  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie de la Hanche et du Genou*

N° d'identification : 33 1 715 110  
N° RPPS : 8 10003946638



Dr Christian PEYRAUD  
Dr Franck THANAS  
Dr Loïc VILLET  
Dr Charles RIVIERE

Mérignac, le 25/04/2023

**Référence Patient :**

Mme LARROUX BEATRICE  
Née le 16/03/1957

**FACTURE ACQUITTEE**

**DATE CONSULTATION :** 25/04/2023

**CODAGE :** APC

**MONTANT :** 100

**MODE DE REGLEMENT :** CARTE BANCAIRE

Facture acquittée ce jour.

Dr F. THANAS

**Centre de l'Arthrose**  
6 rue Georges Nègrevergne  
33700 Mérignac (Rocade sortie 12)

Chirurgie de l'Arthrose Hanche et Genou  
Chirurgie du Genou du Sportif  
Chirurgie Mini-Invasive et Ambulatoire





**Prise de rdv :** Doctolib.fr  
**Secrétariat :** 05.56.46.10.40  
secretariatdocteurthanas@gmail.com

**Docteur Franck THANAS**  
Ancien Interne des Hôpitaux  
de Clermont-Ferrand  
Ancien Chef de Clinique des Universités  
Membre de la Société Française de  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie de la Hanche et du Genou

N° d'identification : 33 1 715 110  
N° RPPS : 8 10003946638



Dr Christian PEYRAUD  
Dr Franck THANAS  
Dr Loïc VILLET  
Dr Charles RIVIERE

Mérignac, le 25/04/2023

Madame LARROUX BEATRICE

### TRAITEMENTS ANTI DOULEURS

**PARACETAMOL 1000 mg** : 3 boîtes  
un comprimé 4 fois par jour tant que persiste la douleur

**KETOPROFENE LP 100 mg** : 2 boîtes  
un comprimé matin et soir pendant 3 à 5 jours (interrompre en cas de douleurs abdominales)

**ESOMEPRAZOLE 20 mg** : (protecteur gastrique) : 2 boîtes  
une gélule le soir pendant 8 jours



Docteur F. THANAS

**PHARMACIE ARAUCARIA**  
Hicham TALI Pharmacien  
42, Rue d'Ifranc May Salam  
CIL - Casablanca  
Tél: 05 21 36 13 05 / 05 22 39 61 05

**Centre de l'Arthrose**  
6 rue Georges Nègrevergne  
33700 Mérignac (Rocade sortie 12)

Chirurgie de l'Arthrose Hanche et Genou  
Chirurgie du Genou du Sportif  
Chirurgie Mini-Invasive et Ambulatoire





**CENTRE DE LA PROTHÈSE**  
**HANCHE & GENOU**

**Prise de rdv :** Doctolib.fr

**Secrétariat :** 05.56.46.10.40

secretariatdocteurthanas@gmail.com

**Docteur Franck THANAS**

*Ancien Interne des Hôpitaux*

*de Clermont-Ferrand*

*Ancien Chef de Clinique des Universités,*

*Membre de la Société Française de*

*Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*

*Chirurgie de la Hanche et du Genou*

N° d'identification : 33 1 715 110

N° RPPS : 8 10003946638



**CENTRE DE**  
**L'ARTHROSE**

Dr Christian PEYRAUD

Dr Franck THANAS

Dr Loïc VILLET

Dr Charles RIVIERE

Mérignac, le 25/04/2023

**Mme LARROUX BEATRICE ?????**

**née le 16/03/1957**

Radiographie Genoux Droit et Gauche :

- Face
- Profil
- Fémoro-patellaire 30°
- Schuss en charge
- Etude statique des membres inférieurs

Docteur F. THANAS

**Centre de l'Arthrose**  
6 rue Georges Nègrevergne  
33700 Mérignac (Rocade sortie 12)

Chirurgie de l'Arthrose Hanche et Genou  
Chirurgie du Genou du Sportif  
Chirurgie Mini-Invasive et Ambulatoire



Docteur PESQUER Lionel

Service imagerie - Clinique du sport

2/6 rue Georges Nègrevergne - 33700 MERIGNAC

331731570

Madame LARROUX Beatrice

MERIGNAC, le 25/04/2023

Madame LARROUX Beatrice

Facture : 230414465

Date de l'examen : 25/04/2023

N° immatriculation de l'assuré(e) :

Organisme destinataire :

## QUITTANCE

COTATION	MONTANT TOTAL	PART AMO	PART AMC	PAYE PAR LE PATIENT
NFQK003 NZQK001 NFQK003	76,22 €	0 €	0 €	76.22 €  Dépassement : 0,00 €

DOCUMENT A TRANSMETTRE A VOTRE MUTUELLE

EXAMEN REGLE CE JOUR

Docteur Lionel PESQUER  
06 - Radiodiagnostic et Imagerie Médicale  
Docteur PESQUER Lionel  
Tél : 05 56 12 16 93  
33 1 731 570





CENTRE DE LA PROTHÈSE  
HANCHE & GENOU

**Prise de rdv** : Doctolib.fr

**Secrétariat** : 05.56.46.10.40

secretariatdocteurthanas@gmail.com

## Docteur Franck THANAS

Ancien Interne des Hôpitaux

de Clermont-Ferrand

Ancien Chef de Clinique des Universités

Membre de la Société Française de

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Chirurgie de la Hanche et du Genou



Dr Christian PEYRAUD

Dr Franck THANAS

Dr Loïc VILLET

Dr Charles RIVIERE

N° d'identification : 33 1 715 110

N° RPPS : 8 10003946638

**Madame LARROUX**

Mérignac, le 25/04/2023

Courrier adressé à la patiente - Absence de médecin traitant

Mon Cher Confrère,

Je vois ce jour en consultation **Mme LARROUX BEATRICE**, née le 16/03/1957, 66 ans, pour un problème de gonalgies droite évoluant depuis quelques années.

Il s'agit de douleurs de type mécanique du compartiment externe et de la région fémoro-patellaire.

Ces derniers mois, le périmètre de marche devient plus limité. Les douleurs sont quotidiennes.

Les douleurs persistent également jusqu'à la nuit.

À l'examen ce jour on remarque une déviation en genu valgum côté droit assez nette.

Il existe une douleur très vive à la palpation du plateau tibial externe est en région péri rotulienne. On remarque une laxité externe.

La radiographie montre une gonarthrose fémoro-tibiale externe de stade trois et fémoro-patellaire.

La patiente a déjà bénéficié d'une orthèse plantaire à coin varisant, mais qui n'a pas atténué les douleurs.

Le stade de visco supplémentation et infiltration de PRP est dépassé.

En cas de crise aiguë, il peut t'être proposé une infiltration d'anti-inflammatoires.

En tout cas, malgré le jeune âge, il est tout à fait licite d'envisager dès que les douleurs seront trop invalidantes, une arthroplastie totale du genou droit.

J'explique les modalités de cette chirurgie et les complications inhérentes à celle-ci, notamment les risques infectieux et de raideur.

Je fais compléter le bilan par une I.R.M.

Bien confraternellement.

Docteur F. THANAS

*NB: Ce courrier a été rédigé avec un logiciel de dictée vocale. Je vous prie de bien vouloir excuser les fautes qui auraient échappé à notre vigilance. Courrier dicté en présence du patient.*

**Centre de l'Arthrose**

6 rue Georges Nègrevergne

33700 Mérignac (Rocade sortie 12)

Chirurgie de l'Arthrose Hanche et Genou

Chirurgie du Genou du Sportif

Chirurgie Mini-Invasive et Ambulatoire