

# 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.

M22- 0048228

Optique *165852*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0399* Société : *R.A.M.*  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : *Retraite*  
Nom & Prénom : *ADNANE Mohamed*  
Date de naissance : *9.11.1942*  
Adresse : *LOT R.D.F.R.A N°4 Bd MEKKA A/C Casablanca*  
Tél. *06.61.09.30.09* Total des frais engagés : *=4022,00 Dhs*

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *07.06.2023*

Nom et prénom du malade : *Adnane Mohamed* Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *gastrothrose stade médical*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

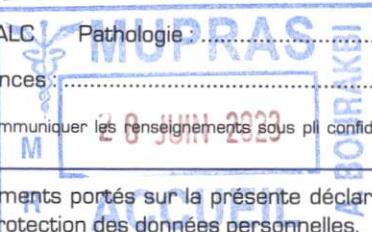
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : *Casablanca*

Signature de l'adhérent(e) : *Adnane Mohamed*



Le : *12/06/2023*

## 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 07/06/2023      | C3                |                       | 300.00                          |    |
| 07/06/2023      | Injection drogue  | 11P                   | 300.00                          |  |
| 07/06/2023      | Cellulofix        | 1000g                 | 3400.00                         |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <br><b>NARMAZEE SANTE BAUD</b><br><b>Pharmacie de la Meuse</b><br><b>67220 SAINT-Dié-des-VOSGES</b> | 21/09/2023 | 82,00                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

## 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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers, and some have additional symbols like 'L', 'R', 'Y', 'W', and 'H'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur MOUJTAHID MOHAMMED**

Professeur ex: enseignant à la faculté  
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :  
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main  
et nerfs périphériques, pathologie de sport



**الدكتور محمد مجتهد**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و الأعصاب

الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : 07/06/2023

## **MR ADNANE MOHAMED**

**Mr ADNANE MOHAMED**

### Compte rendu

**Opérateur :** Pr Moujtahid Mohammed

**Diagnostic :** Gonarthrose gauche

**Indication :** Infiltration au plasma riche en plaquette et acide hyaluronique

Prélèvement de 8 cc de sang veineux sur 1 tubes Cellular Matrix de Regen Lab. Centrifugation pendant 5 minutes puis obtention de 6cc de plasma riche en plaquettes et HA prélevé sur seringue stérile

Nettoyage du genou gauche à la Bétadine puis infiltration intra-articulaire du PRP-HA .

Pansement



**Docteur MOUJTAHID MOHAMMED**

Professeur ex: enseignant à la faculté  
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :  
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main  
et nerfs périphériques, pathologie de sport



**الدكتور محمد مجتهد**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد والأعصاب

الطب الرياضي والجراحة بالمنظار

Le : 07/06/2023

## Facture

**MR ADNANE MOHAMED**

| Acte                                | Honoraire          |
|-------------------------------------|--------------------|
| Consultation                        | 300,00 Dh          |
| Infiltration genou gauche (importé) | 300,00 Dh          |
| Cellular Matrix gauche              | 3 400,00 Dh        |
| <b>Total</b>                        | <b>4 000,00 Dh</b> |

Arrêté la présente facture à la somme de :  
4 000,00 Dirhams

Professeur Moujtahid  
Traumatologue Orthopédiste  
Chirurgie de Sport  
Prothèses  
Casablanca  
Arthroskopie  
Pathologie des Nerfs  
Pathologie des Muscles  
17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj  
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610  
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj  
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610  
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

# Docteur MOUJTAHID MOHAMMED

Professeur ex: enseignant à la faculté  
de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :  
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main  
et nerfs périphériques, pathologie de sport



# الدكتور محمد مجتهد

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و الأعصاب

الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : ..... 07/06/2023 .....

## MR ADNANE MOHAMED

22,00

• Cedol

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant les douleurs

A'S

22,00

PHARMACIE FLEMING  
SANTE BEAUTE

275, Route de la Mecque California .Casa  
Tél: 0522 29 69 - Fax : 0522 21 31 56

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj  
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610  
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081