

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° M21- 0054688

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8523 Société : Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraité  
 Nom & Prénom : ANACHAR ALLAL  
 Date de naissance :  
 Adresse : CITE METEO VILLAGE AV des FAR  
 DCHAIR EL JHADI A  
 Tél. : 0661659217 Total des frais engagés : 6274,30 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/07/2023  
 Nom et prénom du malade : Anchar Anmar Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Rupture rétrograde des ligaments de l'épaule droite  
 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 : Agadir Le : 28/7/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/07/23		1	100	
12/07/23	Wound Care	1	1000	

A2/07/23 JARA 100/-  
Regie de  
Recette  
6000/-

Médecin Commandant  
Armée Royale GUZAA  
Chirurgie  
Oncologique  
Agadir

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  Nisrine EL ABRASI Docteur en Pharmacie 50, Bloc 1 Route Inzegane Bens Tél : 05 78 70	Date 12/09/2023  Montant de la Facture 174,30

Pharmacie Nisrine EL Docteur en Pha 50, Bloc 1 Route Inzegane Bens Tél : 05 78 78	174,30	174,30
--	--------	--------

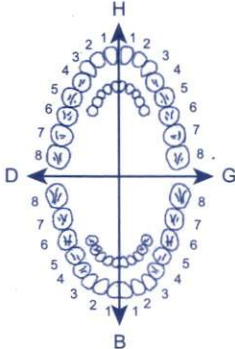
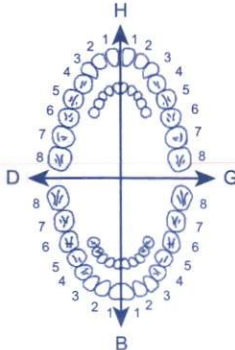
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

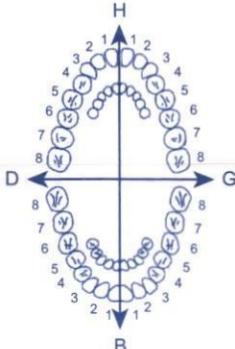
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
		<b>H</b>  25533412    21433552 00000000    00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000    00000000 <b>G</b> 35533411    11433553  <b>B</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 40px;" type="text"/>			

	<p><b>H</b></p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	<b>D</b>	<b>G</b>								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
<b>B</b>										
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
	<p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
	<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									

	<p align="center"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p><b>DES SOINS</b></p>          <p><b>DATE DU DEVIS</b></p>          <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
--	---	---


DATE DU  
DEVIS


DATE DE  
L'EXECUTION

© 2014 Pearson Education, Inc. or its affiliate(s). All rights reserved. Printed in the United States of America. This publication is protected by copyright. Permission is granted to reproduce this document for personal or internal use, not for redistribution.

\_\_\_\_\_

Service d'Orthopédie  
Traumatologie

PPV : 153DH10  
PER : 10-24  
LOT : L3200

HOPITAL

LOT : 2161  
PER : 02 - 26  
P.P.V : 10 DH 60

ORDONNANCE

A Agadir le :

26 JUIL 2023

Amor Adachen

Dr Ismail EL ANTRI

Dr Med. Reda OUZAA

Dr Khalil BELKHAYAT

Dalaty



Pharmacie BENSERGAO  
Nisrine EL ABBASI  
Docteur en Pharmacie  
50, Bloc 1 Route Principale  
Inzegane Bensergao  
Tél : 05 28 28 77

Infirmier major

S/C Asmae LAFDILI

Secrétaire médical

Sgt Med AJALA

153.10  
10.60x2

14x3ij p<sup>o</sup>



174.30

LOT : 2160  
PER : 02 - 26  
P.P.V : 10 DH 60

PH

Médecin Commandant  
Mohamed Reda OUZAA  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
Hôpital Mohamed El Antri Agadir  
Tél : 101221844



Agadir, le : 12/07/21 05

ROYAUME DU MAROC  
FORCES ARMEES ROYALES  
ETAT MAJOR ZONE SUD  
HOPITAL MILITAIRE OUED EDDAHAB  
REGIE DE RECETTES

QUITTANCE No 015527

NOM ET PRENOM :

**MONTANT :**

[illegible]

**Le Régisseur :**

Regle de  
Recette

DU MAROC  
S ROYALES  
E SUD  
EDDAHAB



ROYAUME DU MAROC  
FORCES ARMEE ROYALE  
ETAT MAJOR ZONE SUD  
HOPITAL MILITAIRE OUED EDDAHAB

AGADIR

FACTURE FORFAITAIRE N°/040007064

N°	352	DATE:	26/07/2023
NOM	ANOUAR	ASSURANCE	MUPRAS
PRENOM	ANACHAR		
CIN		Date d'Admission :	25/07/2023
QUIT	17862	Date de Sortie :	26/07/2023

ACTES EFFECTUEE /TRAUMATOLOGIE

DESIGNATION DES ACTES	CODE	NBRE	PRIX
1ER TEMPS DE HUNTER DU 5° DOIGT DROIT	KC 120	1	6 000,00
LABORATOIRE	NEANT	0	NEANT
DIVERS	NEANT	0	NEANT
PHARMACIE	NEANT	1	NEANT
TOTAL			6 000,00

la presente facture arretee a la somme du:

SIX MILLE DHS

REGISSEUR DE RECETTES

ESPECE



Service De Chirurgie  
orthopédique et traumatologie

Compte rendu opératoire

Dr Ismail EL ANTRI

Dr OUZAA Mohamed Reda

Dr BELKHAYAT Khalil

Infirmier major

S/C Asmae LAFDILI

Secrétaire médical

Sgt Med AJALA

**Nom et prénom :** ANACHAR ANOUAR

**Diagnostic :** 24ans, sans ATCDS, rupture négligée des tendons fléchisseurs du 5<sup>ème</sup> doigt droit. L'examen clinique trouve un déficit de flexion du 5<sup>ème</sup> doigt droit. Les articulation IPP ; IPD et MP du 5ème rayon droit sont libres.

**Opération :** 1<sup>er</sup> temps de Hunter du 5<sup>ème</sup> doigt droit

**Date :** 27/07/2023

**Opérateurs :** Dr OUZAA

**Anesthésiste :** Dr BELAMKEDAM

**Gestes réalisés :** Sous ALR, GARROT à la racine du membre, DD.

Incision en Z de brune, l'exploration trouve les tendons FP et FS du 5ème doigt sont rompus et collés à hauteur de P2. Récupération de l'extrémité proximale du TFP au-dessous de l'arcade artérielle superficielle et fixation d'un fil repère 2/0 à son extrémité distale.

Libération des poulies A2 et A3. Mise en place de tubulure passée au-dessous des poulies et laissée libre.

Fermeture cutanée, pansement.

**Suites post-op :**

Simple. Paracétamol à la demande et antibioprophylaxie.

**Ordonnance de sortie** 28/01/23

Paracétamol à la demande

**RDV de consultation** dans 21 jours.

Médecin Commandant  
Mohamed Reda OUZAA  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
Hôpital Militaire Oued Eddahab Agadir  
N°12: 10121044