

# 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

- 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- 0036293

### Maladie

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	0441	Société :	MUPRAS
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BOUTJEMAA
Nom & Prénom :		AIT KASS	
Date de naissance :		01.01.1944	
Adresse :		2, Rue Mer MEDITERRANEE - AÏN DIAB - CASA	
Tél. :		0663058589	Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

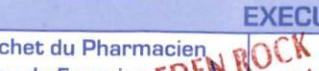
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	16.12.2023	Age :	60
Nom et prénom du malade :	Ait Kass Boutjemaa		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Tendinite Pathome		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	<input type="checkbox"/> Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	20 DEC. 2023		
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 : ..... / ..... / .....

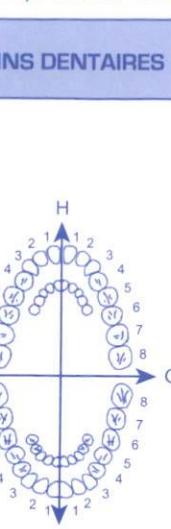
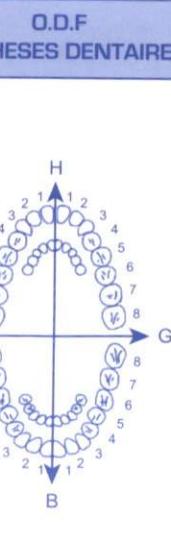
Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date
	<span style="border-bottom: 1px dotted black; padding-bottom: 2px;">Montant de la Facture</span>
	284.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Professeur MOUSSA</i> Traumatologie - Urgences - Arthroses Chirurgie de la main - Spondylose Chirurgie orthopédique - IVME Gériatriques - GSM : 00	14/12/2013	Cg	300.00

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

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 canalaires, 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> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </tbody> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
		H	G																														
		25533412	21433552																														
		00000000	00000000																														
		D																															
		00000000	00000000																														
		35533411	11433553																														
		B																															
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																	

PPV: 61DH50  
PER: 08/26  
LOT: M2711

MOHAMMED  
ant à la faculté  
asablanca

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 والمفاصيل  
جراحة اليد والأعصاب  
الطب الرياضي والجراحة بالمنظار

Le : 14/12/2023

MR AIT KASS BOUJEMAA

- Mobic 15 mg  
1 Comprimé le soir pendant 14 jours
- Coparantal  
1 cp 3 fois par jour en cas de douleur
- Nociceptol  
1 application 4 fois par jour pendant 1 semaine

61.50

23.20

188.00

284.70

LOT

PVC: 198.00DH



CNk 3259-850



3 401020 354451 >

REV.: 2021/11/0

Dr MOUJTAHID Mohammed  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
17 Ag. Abdeloumen & El Bachir  
Laalaj N°27 Casablanca  
Tel: 0522 981 6101 0567 33227

EN ROCK  
OUCH  
le résidence  
ab - Casa  
22 36 35 30



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 البد و الأعصاب  
الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : 14/12/2023

**MR AIT KASS BOUJEMAA**

**Mr AIT KASS BOUJEMAA**

Compte rendu

Radiographie de l'épaule gauche de Face en rotation neutre:

- conflit sous acromial avec bec de l'acromion et condensation du trochiter.
- Absence de trait de fracture
- Absence d'omarthrose.
- Absence de calcification des parties molles.

Dr MOUJTAHID Mohammed  
Chirurgien-Traumatologue  
Orthopédiste  
17 Ag. Abdelmoumen 3 El Bachir  
Casablanca  
Tél: 0522 981 610 / 0661 970 081

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 والمفاصل

جراحة اليد والأعصاب

الطب الرياضي والجراحة بالمنظار

Le : 14/12/2023

**MR AIT KASS BOUJEMAA**

**FACTURE**

**Mr AIT KASS BOUJEMAA**

**Examens :** Radio de l'épaule gauche de face en rotation neutre

**Total Facture: 300dh**

Dr MOUJTAHID Mohammed  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir  
Laalaj N°27 - Casablanca  
Tél: 0522 981 670 / Url: 0661 770 081

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 : 14/12/2023

## MR AIT KASS BOUJEMAA

### Mr AIT KASS BOUJEMAA

Bon de Radiographie

**Diagnostic** : Douleur de l'épaule gauche

**Technique** : Radio de l'épaule gauche de face en rotation neutre

Dr MOUJTAHID Mohammed  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
17 Ag. Abdelmoumen et El Bachir  
Laalaj 27 - Casablanca  
Tél: 0522 241 421 - Fax: 0522 270 681

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