

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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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

W21-833165

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3331 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKIR Abdelmajid 189304

Date de naissance : 05/06/60

Adresse : 72, RUE LOT BLAD Chama

AL MLFA - CASA

Tél. : 0661394420 Total des frais engagés : 800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/12/23

Nom et prénom du malade : Youssef HAROU SOUAD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Goutte chronique

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 : CASA Le : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

VOLET ADHERENT

*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

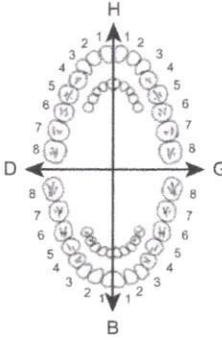
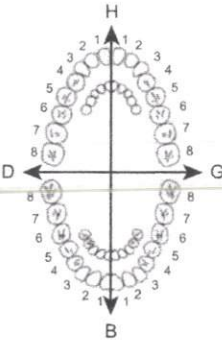
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires
					MONTANTS DES SOINS

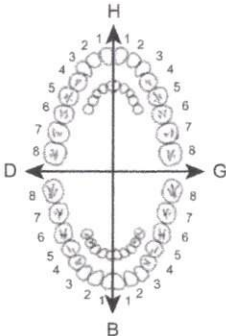
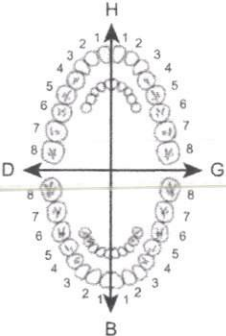
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 :

29
Veuillez 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						<div></div>	
						MONTANTS DES SOINS	
						<div></div>	
						DEBUT D'EXECUTION	
						<div></div>	
						FIN D'EXECUTION	
						<div></div>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				<div></div>	
		<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				Montant des Honoraires	
						COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS	
						DATE DU DEVIS	
						<div></div>	
						DATE DE L'EXECUTION	
						<div></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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
09/12/23	Prof. Ite bn d'acide hyaluronique	24	400 000	
12/12/23	Prof. Ite bn d'acide hyaluronique	24	400 000	

09/12/23 Prof. ka bn. d'acade pua lura jing au
su fed su chait par cho fu i zaf.
Uco po DHO

12/12/23 Prof. ka bn. d'acade pua lura jing au
su fed su fanchi par cho fu i zaf.
Uco po

Angle 60°
Residual stress
Tel : 05 84 51 58 18
Ino 091036793
Zarak
osteopathe
kines.

[illegible][illegible]

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	

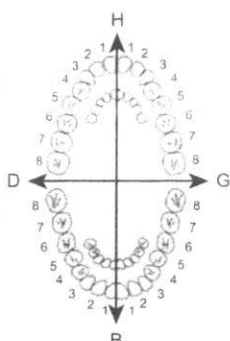
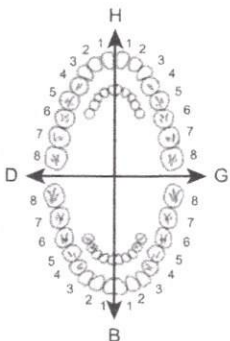
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

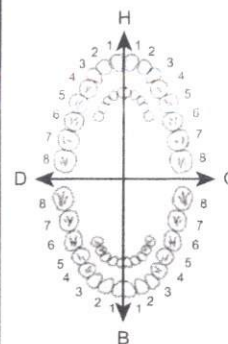
Important :

Veuillez 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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

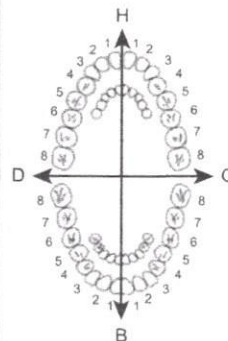
[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE																						
<p>The diagram shows two dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline. The lower arch also has teeth numbered 1 through 8 on each side, starting from the midline.</p>	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ———— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 60%;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</th> <th style="text-align: center; width: 40%;">Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																					
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: right;">CØEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> </table>				CØEFFICIENT DES TRAVAUX		<input style="width: 100%;" type="text"/>		MONTANTS DES SOINS		<input style="width: 100%;" type="text"/>		DATE DU DEVIS		<input style="width: 100%;" type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION		<input style="width: 100%;" type="text"/>					
	CØEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<input style="width: 100%;" type="text"/>																						
	MONTANTS DES SOINS																						
	<input style="width: 100%;" type="text"/>																						
	DATE DU DEVIS																						
	<input style="width: 100%;" type="text"/>																						
	DATE DE L'EXECUTION																						
	<input style="width: 100%;" type="text"/>																						



DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMAL ZERRAK
Rhumatologue



د. امال زراق
أخصائية روماتيزم

- Maladies ostéo-articulaires et systémiques
- Rhumatologie interventionnelle
- Échographie appliquée à la rhumatologie
- Thérapie manuelle et ostéopathie
- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée de l'université de médecine de Lille
- Ancien médecin interne des hôpitaux de Dijon

• أمراض المفاصل و العظام و الالتهابات الباطنية
• فحص و علاج المفاصل و الأوتار بالصدى
• طب يدوي تقوي

• خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
• خريجة جامعة الطب بليل الفرنسية
• طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات ديجون بفرنسا

Casablanca, le

12/12/23

La docteure Amal Zerrak présente ses meilleures salutations

à Mr / Mme..... LARSEN SOLIAN

et lui remet une facture d'un montant de

▪ 400,00 DH Quatre cents DH

pour une infiltration articulaire d'acide hyaluronique

(une ampoule de Hyalpan®) par guidage échographique
réalisée au genou droit le 09/12/23

▪ 400,00 DH Quatre cents DH

pour une infiltration articulaire d'acide hyaluronique

(une ampoule de Hyalpan®) par guidage échographique
réalisée au genou gauche le 12/12/23

Signature :

INP :

Dr Amal Zerrak
Rhumatologue Ostéopathe
Angle bd 2 Mars et bd Meknès.
Résid Harmonia. 1^{er} étg. N° 4
Tél : 06 04 51 58 18 - 05 20 58 52 53
Inp 091036795

📍 Angle bd 2 Mars et avenue Meknès. Résidence Harmonia Immeuble A. 1^{er} étg App 4

ملتقى شارع 2 مارس و شارع مكناس إقامة هارمونيا مبنى 1. طابق 1. شقة 4

☎ +212 664 51 58 18 ☎ +212 520 58 52 53 ✉ cabinetrhumatologieosteopathie@gmail.com

Dr. AMAL ZERRAK
Rhumatologue



د. امال زراق
أخصائية روماتيزم

- Maladies ostéo-articulaires et systémiques
- Rhumatologie interventionnelle
- Échographie appliquée à la rhumatologie
- Thérapie manuelle et ostéopathie

- أمراض المفاصل و العظام و الالتهابات الباطنية
- فحص و علاج المفاصل و الأوتار بالصدى
- طب يدوي تقوي

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'université de médecine de Lille
Ancien médecin interne des hôpitaux de Dijon

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- خريجة جامعة الطب بليل الفرنسية
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات ديجون بفرنسا

Casablanca, le 19/12/23

COMPTE RENDU MEDICAL

Mr/Mme KASSOU SONIA, né(e) le 03/09/66
présente une arthrose fémoro-tibiale du compartiment interne et externe
bilatérale et évolutive, qui a nécessité une infiltration articulaire
d'acide hyaluronique (Hyalgan®) par guidage échographique,
des deux genoux à raison de trois pour chaque genou, à une semaine
d'intervalle.

Au total :

Six infiltrations articulaires d'acide hyaluronique (six ampoules de
Hyalgan®) par guidage échographique, des deux genoux
avec bonne évolution.

Geste réalisé au genou droit le 02, 09 et 16/12/23

Geste réalisé au genou gauche le 05, 12 et 19/12/23

Montant payé = 400 DH par infiltration
Soit un total de 2400 DH pour six infiltrations
articulaires d'acide hyaluronique des 2 genoux
par échoguidage

Signature :

INP :

Dr Amal Zerrak
Rhumatologue Ostéopathe
Angle bd 2 Mars et bd Meknès.
Résidence Harmonia, 1^{er} étage App 4
Tél : 05 51 58 18 - 05 20 58 53

Angle bd 2 Mars et avenue Meknès. Résidence Harmonia Immeuble A. 1^{er} étage App 4
ملتقى شارع 2 مارس و شارع مكناس إقامة هارمونيا مبنى أ. طابق 1. شقة 4

+212 664 51 58 18 +212 520 58 52 53 cabinetrhumatologieosteopathie@gmail.com