

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.

Diagnostique 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

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° P19-0034291

ND = 42189 ANPL

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3673 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARADJ DRISS

Date de naissance : 03.03.1960

Adresse : 124, LOT BOUCHRA Sidi Naam, CASABLANCA

Tél. : 0661 184034 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : Traumatisme vertébral lombaire

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 Le : 28/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
18/09/2020	V.20	1	0.00	Abdenbi EL KAMAR

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

MSH
MAROC SPINAL HEALTH
ACHAT VENTE PRODUITS ET
MARCHANDISES PARAPHARMACIE
Tél: +212 666 545 239 | Fax: +212 522 898 517

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

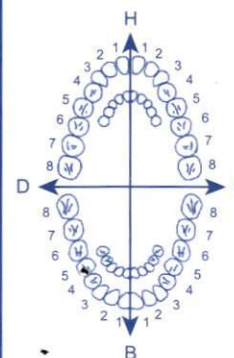
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

G

B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE
DU VAL D'ANFA



مصحة
فأل أنفا

Casablanca, 66
Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Bd. Zerktouni Bd. La Corniche
Casablanca - Tel. : 05 22 39 13 37

18/09/2020

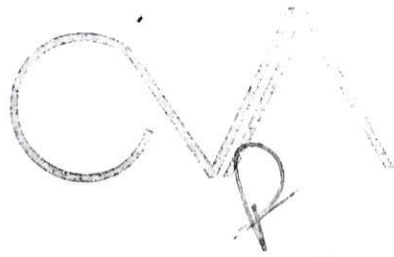
Ma Hanab Edmss

4x Mid Poly Axial

5-5x45

2x10g

Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Bd. Zerktouni Bd. La Corniche
Casablanca - Tel. : 05 22 39 13 37



COMPTE RENDU OPERATOIRE

Concernant : Mme/Mr/Mlle HARADJ IDRIS

Date de naissance :

Date de l'intervention : 18 / 03 / 2020

Opérateur : PR EL KAMAR

Anesthésiste : PR BENAGUIDA

Indication : Traumatisme vertébral :
Fracture éclatante de L2
Sans signes neurologiques

Intervention :
S/Ab intro. D Ventral
g. Repérage scopique
Incision de Du à L3
Décollement muscles - aponeuroses
Repérage des pédicules sans
la articulaire
On met 4 vis pédiculaires
+ 2 tiges en fixant
le niveau D2 et L3
Fermeture par drains



Mr HARABJ
IDRISS

FACTURE N° : 36/2020
Date : 18/09/2020

Référence	Désignation	Quantité	Prix U HT	Total HT
RF0007	VIS POLY AXIAL 5-5 X 45	4		5 000,00
Rf0012	TIGE	2		
			Total HT	5 000,00
			TVA(20%)	1 000,00
			Total TTC	6 000,00

Arrêté la présente facture à la somme de : Six Mille Dirhams

La direction


ACHAT VENTE PRODUITS ET
MARCHANDISES PARAPHARMACIE
Tél: 212 666 540 230 | Fax: 212 522 898 517

Maroc Spinal Health SARL
Tél: 0666 540 230 / 0696061466 | Email : marocspinalhealth@gmail.com
10 RUE LIBERTE ETG 3 APPT 5, CASABLANCA-Anfa MAROC
RC : 423925 | ICE : 002213024000061 | IF : 20781001 TP : 34257448