

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données 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

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 056952

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2914 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TMOUlik Mohammed Jamal Eddine

Date de naissance : 24 SEP 1958

Adresse : Mess

Tél : 066 1 18 21 81 Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TMOUlik Mohammed Age: 1958

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

Nature de la maladie : Douleur musculaire cervicale

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 : Le 27 / 11 / 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 12/12/2020 | 360,80 |
| | 25/02/2021 | 137,20 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 30/11/22 | 2226 | 3000,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

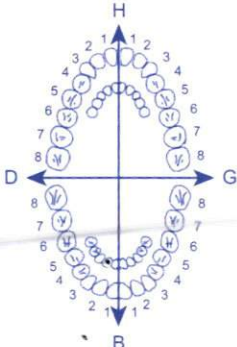
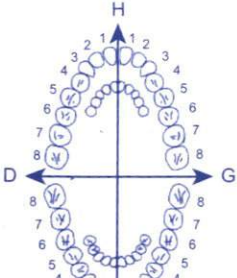
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 20.04/2021 | | | | | 15.0 par sta- |
| | 20.2.21 | | | | | -mes |
| | 20.3.2021 | | | | | Total |
| | 20.2.21 | | | | | 18.000 dhs |

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 canalaires, ainsi que le bila

| 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 CœFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></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) | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



مصلحة الأمم المتحدة
Clinique des Nations Unies

Rabat le : 12/12/20

N° - Traouik Aelamed

141,20 x 2
- Einnat 500 14x2/5 ptt 10g

48,80 - Daser : 24x2/5 ptt 2g

30,60 - Nalgexic : 14x3/5 ptt 1g

360,80
+ 137,20 = 497,80

Dr. NAZIH RACHNI
rhumatologue - Ortopède
C5, Rue SOUSSAN
Tél : 0537 72 65 54

Pharmacie Galaxy Santé
Avenue Mohammed Belhassen
El Ouazzan - RABAT
Tél : 0537 63 60 56
E-mail : galaxy.santé@gmail.com

(AR Vendue 18.12 & 15 au cabinet)

دازين 10.000 وحدة سرايبتاز

47,80

PPV :
EXP :
Lot N° :

40 قرصا ملبسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سنتمديك
20 - 22 رقة زير بن العوام
الصخور السوداء - العار البيضاء

DASEN® 10 000 UI 

Serrapeptase

40 Comprimés enrobés gastro-résistants



6 118000 181064

Nalgesic[®]

Fénoprofène

300mg

12 Comprimés pelliculés
Voie orale



30,60

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURÉE | MATIN | MIDI | SOIR | AVANT | APRÈS | |
|  |  |  |  |  |  |  |

Nalgesic[®]

Fénoprofène

300mg



12 Comprimés pelliculés

Voie orale



30,60



| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURÉE | MATIN | MIDI | SOIR | AVANT | APRÈS | |
|  |  |  |  |  |  |  |

Nalgesic[®]

Fénoprofène

300mg





12 Comprimés pelliculés

Voie orale



30,60



| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURÉE | MATIN | MIDI | SOIR | AVANT | APRÈS | |
|  |  |  |  |  |  |  |

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCÉLÉE

Zinnat

céfuroxime axetil

comprimés 500 mg

10 comprimés

ID: 645720 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 141,20 DH
6 118001 141456



GlaxoSmithKline

Fabricant: Glaxo Operations UK Ltd, Barnard Castle,
Royaume Uni.
Titulaire d'AMM au Maroc: GlaxoSmithKline
Maroc-Ain El Aouda-Région de Rabat.



NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCÉLÉE

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCELLÉE

Zinnat

céfuroxime axetil

comprimés 500 mg

10 comprimés

ID: 645720 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 141,20 DH
6 118001 141456



GlaxoSmithKline

Fabricant: Glaxo Operations UK Ltd, Barnard Castle,
Royaume Uni.
Titulaire d'AMM au Maroc: GlaxoSmithKline
Maroc-Ain El Aouda-Région de Rabat.



NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCELLÉE

Nalgesic[®]

Fénoprofène

300 mg

36 Comprimés pelliculés

Voie orale



LOT
EXP
P.V.

192209
10 2022
76.50

76,50



| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURÉE | MATIN | MIDI | SOIR | AVANT | APRÈS |
| | | | | | |

Casablanca, le/...../.....

Objet : RFM/Facture N°

Messieurs,

Nous vous informons qu'après étude, votre dossier est rejeté pour les motifs suivants :

- ☐ Manque la facture/facture non conforme
- ☐ Manque Copie Prise en charge
- ☐ Manque compte rendu
- ☐ Manque justificatifs des actes pratiqués
- ☐ Manque ordonnance
- ☐ Manque détail de la pharmacie, radiologie et biologie
- ☐ Manque notes d'honoraires des médecins avec cachet
- ☐ Manque R.I.B (relevé d'identité bancaire)
- ☐ Manque I.C.E (identifiant commun de l'entreprise)
- ☐ Manque IF (identifiant fiscal)
- ☐ Manque facture d'avoir
- ☐ Manque planning des séances
- ☐ Autres

Veuillez le compléter avec les éléments manquants, cochés dans la liste ci-dessus, et nous le représenter pour être réétudié.

CABINET DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE

Imm. C5, Rue Soussa Appt.1 (Entre la Wilaya et la Cathédrale) - Rabat
Tél. Cab : 05 37 72 65 56 - Fax : 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456

DOCTEUR Rachid NAZIH

CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE

Diplômé de la Faculté de DIJON (France)

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien Attaché au C.H.R.U de Beaune

Chirurgie des membres et du Rachis : Adulte, Enfant
et Sportif. Arthroscopies, Prothèses et Chirurgie
des Nerfs Périphériques.

الدكتور رشيد نزيه

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بديجون (فرنسا)

جراح ملحق سابقا بمستشفى بون

جراحة الأعضاء و العمود الفقري : كبار - صغار - رياضيين

الفحص بالمنظار الداخلي للمفاصل - التعويض الإصطناعي للمفاصل

جراحة الأعصاب الدقيقة.

Rabat, le 27 NOV 2020

M. Naouik Mohamed

Mme de fani une DRP
du Odeur de pour l'opération
de l'ém m'émale interne

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH
Dr. Abdelaziz BENSOUA KORAICHI
MÉDECIN RADIOLOGUE

2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 68 17 70 - Fax: 05 37 77 44 44

DOCTEUR Rachid NAZIH
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPEDISTE
2, Av. Ibn Khaldoun - Agdal - Rabat
Tél: 05 37 72 65 56 - Fax: 05 37 72 63 21 - GSM (urg) : 06 61 222 456



Temara, le 30/01/2021

Facture

Nom et Prénom : MR TMOULIK MOHAMMED JAMALEDDINE.

Je soussignée Mlle Leila Lamrini El Ouahabi kinésithérapeute et physiothérapeute

Certifie avoir pris en charge DOUZE (12) séances de rééducation fonctionnelle pour traiter LCA traitée par arthroscopie.

| Nombre de séances | Désignation | Prix / séance | Prix total |
|-------------------|---|---------------|--------------|
| 12 séances | Rééducation fonctionnelle du LCA traitée CHG. | 150 dirhams | 1800 dirhams |

Arrêtée la présente facture à la somme de mille huit cent dirhams.

Leila LAMRINI EL OUAHABI
Tel : 05 37 58 51 64 / 06 28 53 12 29
Lot Abi Houraira 2, N°64
Oued EDDAHAB - Temara



Temara, le 30/01/2021

Compte rendu et calendrier

Je soussignée Mlle Leila Lamrini El Ouahabi, kinésithérapeute-Physiothérapeute, certifie avoir pris en charge au centre Abi Houraira à Temara, Mr TMOULIK MOHAMMED JAMALEDDINE, qui a bénéficié de 12 séances de rééducation fonctionnelle pour traiter LCA traitée par arthroscopie ;

Selon le calendrier suivant :

| N/S | Date | Prix |
|-----|------------|--------|
| 1 | 04/01/2021 | 150dhs |
| 2 | 06/01/2021 | 150dhs |
| 3 | 08/01/2021 | 150dhs |
| 4 | 12/01/2021 | 150dhs |
| 5 | 14/01/2021 | 150dhs |
| 6 | 16/01/2021 | 150dhs |
| 7 | 18/01/2021 | 150dhs |
| 8 | 20/01/2021 | 150dhs |
| 9 | 22/01/2021 | 150dhs |
| 10 | 26/01/2021 | 150dhs |
| 11 | 28/01/2021 | 150dhs |
| 12 | 30/01/2021 | 150dhs |

Leila LAMRINI EL OUAHABI
Tél : 05 37 58 51 64 - 06 28 53 12 29
Lot Abi Houraira 2, N°64
Oued EDDAHAB - Temara



Temara, le 30/01/2021

Devis préalable :

Nature des soins prescrits : rééducation fonctionnelle du genou pour LCA traitée par arthroscopie en faveur de Mr TMOULIK MOHAMMED JAMALEDDINE.

| Nombre de séances | Prix par séance | Prix total |
|-------------------|-----------------|------------|
| 12séances | 150 DHS | 1800 DHS |

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

ITP: 27902368
ICE: 002212154000077
IF: 33609056

Leila LAMRINI EL OUAHABI
Tél: 05 37 58 51 64 - 06 28 53 12 29
Lot Abi Houraira 2, N°64
Oued EDDAHAB - Temara



مركز طبي للفحص بالأشعة فثم

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH

IRM

SCANNER • RADIOLOGIE GENERALE • ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE
PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE • CONE BEAM • OSTEODENSITOMETRIE

Rabat, le 30/11/2020

Nom du patient (e): TMOULIK MOHAMED

*** Facture N° 7990/20 ***

* IRM Genou Dt

Z226

3000.00 DH.

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
TROIS MILLES DIRHAMS.

Dr BENSOUDA Abdelaziz.

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH

Dr. Abdelaziz BENSOUDA KORBICHI

MÉDECIN RADIOLOGUE

2, Av. Ibn Khaldoun, Agdal - Rabat

Tél : 05 37 68 17 70 - Fax: 05 37 77 19 2

2, شارع ابن خلدون - أكدال - الرباط (أمام ملعب الفتح) - الهاتف : 05 37 68 17 70 - المتنقل : 06 61 29 04 57

2, Av. Ibn Khaldoun - Agdal - Rabat (face au stade du FUS) Tél : 05 37 68 17 70 - GSM : 06 61 29 04 57

Patente N° : 25741739 - CNSS N° : 2665688 - I.F. N° : 20745938 - ICE : 001850355000071



مركز طبي للفحص بالأشعة فثم

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH

IRM

SCANNER • RADIOLOGIE GENERALE • ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE
PANORAMIQUE DENTAIRE NUMÉRISÉE • CONE BEAM • OSTEODENSITOMETRIE

Rabat le 30/11/2020

Nom du patient (e) : **Mr TMOULIK MOHAMED**

IRM DU GENOU DROIT

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par une IRM 1,5 T.
- Acquisition coronales, axiales et sagittales en séquence pondérées en T1, T2
- 3D avec reconstruction

RESULTATS :

- Pincement de l'articulation femoro-tibiale médiale, avec ulcération cartilagineuse et géodes sous chondrales.
- Hyper signal T2, linéaire au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, arrivant aux surfaces articulaires, sur un ménisque globalement en hyper signal, expulsé.
- Ménisque externe de morphologie et de signal homogène.
- Absence d'anomalie de signal et de morphologie de pivot central (LCA et LCP), avec respect des ligaments collatéraux, latéral et médian.
- Absence d'anomalie de signal du ligament patellaire et du tendon quadricipital.
- Respect du cartilage d'encroûtement fémoral et tibial.
- Respect des rétinaculum patellaires.
- Epanchement intra-articulaire de petite abondance.

CONCLUSION :

-IRM en faveur d'une arthrose fémoro-tibiale médiale avec fracture de la corne postérieure du ménisque interne, survenant sur un ménisque dégénératif et expulsé.

CENTRE DE RADIOLOGIE FATH
DR. ABDELRAZZAK KORAICHI

2, شارع ابن خلدون - أكدال - الرباط (أمام ملعب الفتح) - الهاتف : 05 37 68 17 70 - المتنقل : 06 61 29 04 57

2, Av. Ibn Khaldoun - Agdal - Rabat (face au stade du FUS) Tél : 05 37 68 17 70 GSM : 06 61 29 04 57

Patente N° : 25741739 - CNSS N° : 2665688 - I.F. N° : 20745938 - ICE : 001850355000071