

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

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° W19-504479

65676

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOKDOUR Brahim

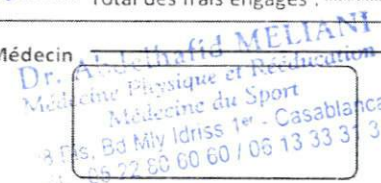
Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : CASA

Tél : 0663471851 Total des frais engagés : Rx 384 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18.03/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Syndrome femoro-patellaire

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 : 18 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

02 AVR. 2021

ACCUEIL



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
18.03/2021	CS		61	<b>INPE : 091112243</b> Dr. Abdelhak W. R. Réducteur Médecine Physique et Sport Médecine de l'Enfant - Casablanca 28 Bis, Bd My Idass Tél. 05 22 60 60 60 / 06 13 33 31 31

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
<b>RADIOLOGIE</b> Dr Zouaoui Dr Lahlou 111, Bd Anoual - Tél. 0522.86.02.33 - Casablanca	29/3/21	76 + 24	384.24

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>	
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



**Dr Abdelhafid MELIANI**

Ancien Assistant du C.H. de NANCY  
Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation  
Electromyographie  
Urodynamique



**الدكتور عبد الحفيظ ملياني**

إختصاصي في الطب الفيزيائي والترويض  
في أمراض الروماتيزم وأمراض العظام والعضلات  
تخطيط الأعصاب والعضلات بالكهرباء  
الطب الرياضي

Casablanca le, ..... 18-3-2024 ..... في الدار البيضاء

Boonoon Raelus

Rx agencov x fall  
en chair

inlence femoro patella  
a 30°



Dr. Abdelhafid MELIANI  
Médecine Physique et Rééducation  
Médecine du Sport  
28 Bis, Bd Mly Idriss 1<sup>er</sup> - Casablanca  
Tél. : 05 22 80 60 60 / 06 13 33 31 31

28, شارع مولاي إدريس الأول (أمام شركة التبغ) - الدار البيضاء - Casablanca (en face Régie des tabacs)

Tél. : 05 22 80 60 60 - GSM : 06 13 33 31 31

Annexe : Wissam II, Rue Caïd Ahmed, RDC - Casablanca

Email : dr.hafidmeliani@gmail.com - Web : www.reeducation-maroc.com



Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUN  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 29 Mars 2021

**DR. A. MELIANI**

**MME. BOUKDOUR RACHIDA**

## COMPTE RENDU

### **RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX FACE EN CHARGE ET DEFILE FEMORO PATELLAIRE A 30°**

- Pincement du versant interne des deux interlignes fémoro tibiaux, plus marqué à droite avec ébauche d'ostéophytose marginale tibio-condyloire.
- Pincement du versant interne des deux interlignes fémoro patellaires, plus marqué à droite, avec ostéophytose marginale patellaire et fémorale.
- Absence de subluxation ou translation patellaire.
- Absence d'anomalie lytique ou condensante osseuse notable.
- Absence d'anomalie notable des parties molles.

### **Conclusion :**

Gonarthrose fémoro tibiale et fémoro patellaire interne, bilatérale, plus marquée à droite.

**DR. M. BOUZIANE**





Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 21004018 N° Facture : 21003966 Date facturati: 29/03/2021

Nom et prénom du patient : **Mr BOUKDOUR RACHIDA**

**PRESTATIONS**

	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX HNC F/P, RX GENOU F	1.00	384.00	384.00
		Sous-Total	384.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois cent quatre-vingt quatre dirhams

**Total : 384.00DH**

Adhérent :

Mle :

PC N° :

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 384.00 DH

