

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

## Soins 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

N° M21- 051896

71862

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13186

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ouadi DANI red Aline

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint 24 MAI 2021

Enfant

Nature de la maladie :

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 : ..... / ..... /

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-051896

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 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

- Reclamation : 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° W19-451588-2-2

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186 Société : PAN

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : EL OUAHDANI Mohamed Amine

Date de naissance : 05/11/1989

Adresse : Ville n° 181 lot El Mansour Nekraz

Tél. : 06 76 16 35 82 Total des frais engagés : 818,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

### Médecin Colonel H. HASSIKOU

Professeur de Rhumatologie  
Chef du Service de Rhumatologie  
Hôpital Moutaâbi Moulay Ismaïl - Meknès  
INPE : 101123479

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2021

Nom et prénom du malade : EL OUAHDANI N° Amine Age : 8 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie

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 : TANGER Le : 17/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

### Déclaration de maladie

N° W19-451588

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 13186

Nom de l'adhérent(e) : EL OUAHDANI

Total des frais engagés : 818,00

Date de dépôt : 21/03/2021

## RELEVE 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
17/03 2011	G	G	G	INP : <input type="text"/> Médecin Colinet H. Professeur de Rhu- matologie de l'Institut Moulay

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RYAD EL WIFAS A. El Khadra - Lop 137 Boulevard Témara - Tél: 05 37 61 1366	17/03/2021	318,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
7 MARS 2021	ostrohenski		500,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

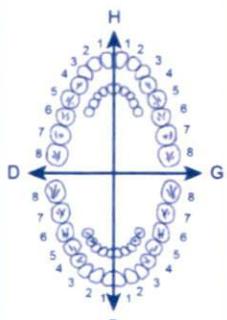
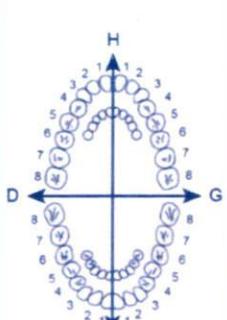
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

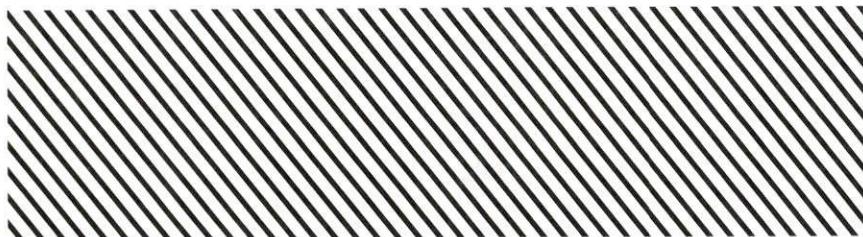
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		D	B	00000000		35533411		11433553		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412 00000000	21433552 00000000																	
<hr/>																		
D	B																	
00000000																		
35533411																		
11433553																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

PARTIE RESERVEE AU PHARMACIEN  
POUR METTRE LES TIMBRES DE SOLIDARITE



PHARMACIE		
Nb.	P.U.	TOTAL
253459	103121	ANNEE 2014

**ORDONNANCE**  
(Seules les prescriptions inscrites dans cette partie feront l'objet d'un remboursement)

Nom et prénom du malade

ER OUAHDANI  
Médecin Colonel H. HASSIKOU  
Professeur de Rhumatologie  
Chef de Service de Rhumatologie  
Hôpital Militaire Moulay Ismaïl Meknès  
INPE : 10112479  
ostéodensitométrie  
au DL  
CF  
103121

Médecin Colonel H. HASSIKOU  
Professeur de Rhumatologie  
Chef de Service de Rhumatologie  
Hôpital Militaire Moulay Ismaïl Meknès  
INPE : 10112479  
Cachet  
Médecin

Cachet du Pharmacien



## PARTIE RESERVE A LA CNOPS



LIQ

CONT

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 05/2022  
LOT 01022 1

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 10/2022  
LOT 06028 2

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 10/2022  
LOT 06028 2

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 05/2022  
LOT 01022 1

Di-INDO® 50 mg  
15 comprimés dispersibles

6 118 000 033 035

Di-INDO® 50 mg  
15 comprimés dispersibles

6 118 000 033 035

Di-INDO® 50 mg  
15 comprimés dispersibles

6 118 000 033 035

Di-INDO® 50 mg  
15 comprimés dispersibles

6 118 000 033 035

Montant global

318,00

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 09/2022  
LOT 06028 1

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 05/2022  
LOT 01022 1

Di-INDO® 50 mg  
15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 09/2022  
LOT 06028 1

6 118 000 033 035

ACIE  
TOTAL

ORDONNANCE  
(Seules les prescriptions inscrites dans cette partie feront  
l'objet d'un remboursement)

Nom et prénom du malade

El OUAHDANI Mohamed Amine  
17/03/2021

Di Indo 50  
14p x 3 17  
au milieu des  
au milieu des  
repas

1 mois

Médecin Colonel H. HASSIKOU  
Professeur de Rhumatologie  
Chef de Service de Rhumatologie  
Hôpital Militaire Moulay Ismail - Meknès  
INPE : 101123479

Cachet  
Pharmacien

Cachet du Pharmacien



## PARTIE RESERVE A LA CNOPS

LIQ

---

**CONT**

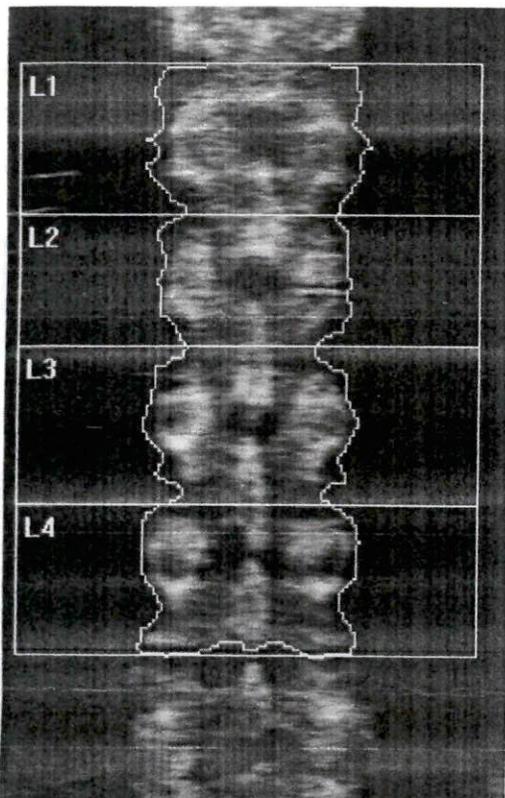
**Royaume du Maroc**  
**Forces Armees Royales**  
**Hopital Militaire Moulay Ismail 50000 Meknes**

Nom : EL OUAHDANI, MOHAMED AMINE  
ID du patient : D996619  
DDN : 05 Novembre 1992

Sexe : Masculin  
Groupe ethnique : Blanc

Taille : 188.0 cm  
Poids : 92.0 kg  
Age : 28

Médecin traitant : Pr H.HASSIKOU



$k = 1.139$ ,  $d0 = 40.8$   
116 x 150

**Information d'examen :**

Date d'examen : 16 Mars 2021 ID : A03162107

Type d'examen : f Rachis Lombaire

Analyse : 16 Mars 2021 14:15 Version 13.4.2:5  
Rachis

Opérateur :

Modèle : Discovery Wi (S/N 87006)

Commentaire :

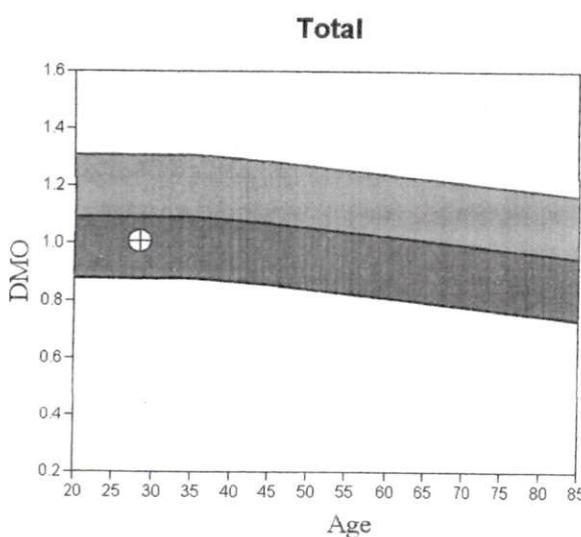
**Résumé des résultats DXA :**

Région	Surface (cm <sup>2</sup> )	CMO (g)	DMO (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	MA (%)
L1	19.13	19.41	1.014	-0.5	95	-0.5	95
L2	15.26	16.25	1.064	-0.3	97	-0.3	97
L3	18.65	18.85	1.011	-0.8	92	-0.8	92
L4	19.50	18.55	0.951	-1.3	87	-1.3	87
<b>Total</b>	<b>72.55</b>	<b>73.06</b>	<b>1.007</b>	<b>-0.8</b>	<b>92</b>	<b>-0.8</b>	<b>92</b>

CV TOTALE DMO 1.0%, ACF = 1.039, BCF = 1.012, TH = 8.207

Classification OMS : Normal

Risque fracturaire : Non augmenté



**Commentaire :**

ostéodensitométrie  
normale au CP  
et RL

Comparaison T-score Blanc Masculin; Comparaison Z-score Blanc Masculin.  
Source :BMDCS/Hologic White Male.

Médecin Colonel H. HASSIKOU  
Professeur de Rhumatologie  
Chef de Service de Rhumatologie  
Hôpital Militaire Moulay Ismaïl - Meknès  
INPÉ : 101123479

**HOLOGIC**

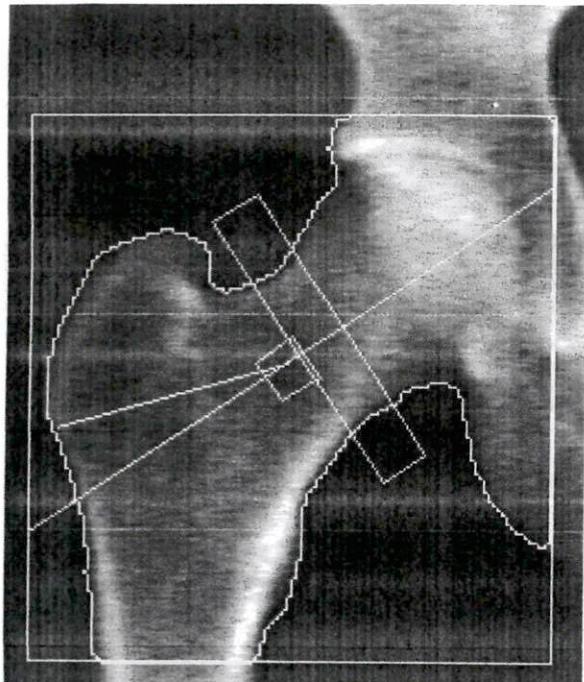
**Royaume du Maroc**  
**Forces Armees Royales**  
**Hopital Militaire Moulay Ismail 50000 Meknes**

Nom : EL OUAHDANI, MOHAMED AMINE  
ID du patient : D996619  
DDN : 05 Novembre 1992

Sexe : Masculin  
Groupe ethnique : Blanc

Taille : 188.0 cm  
Poids : 92.0 kg  
Age : 28

Médecin traitant : Pr H.HASSIKOU



$k = 1.136$ ,  $d_0 = 45.0$   
115 x 121  
COL : 69 x 12

**Information d'examen :**

Date d'examen : 16 Mars 2021 ID : A03162108

Type d'examen : f Hanche Droite

Analyse : 16 Mars 2021 14:14 Version 13.4.2:5  
Hanche

Opérateur :

Modèle : Discovery Wi (S/N 87006)

Commentaire :

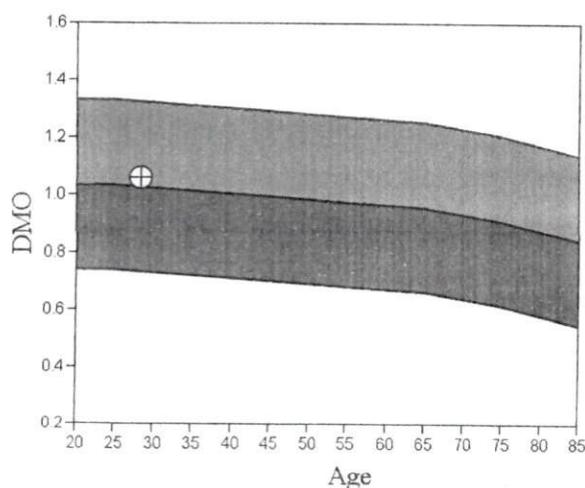
**Résumé des résultats DXA :**

Région	Surface (cm <sup>2</sup> )	CMO (g)	DMO (g/cm <sup>2</sup> )	T - score	PR (%)	Z - score	MA (%)
Col	4.63	4.75	1.027	0.7	110	0.8	112
Troch	14.57	11.59	0.795	0.1	102	0.2	103
Inter	29.28	35.16	1.201	0.0	101	0.0	101
<b>Total</b>	<b>48.47</b>	<b>51.50</b>	<b>1.062</b>	<b>0.2</b>	<b>103</b>	<b>0.2</b>	<b>103</b>

CV TOTALE DMO 1.0%, ACF = 1.039, BCF = 1.012, TH = 6.711

Classification OMS : Normal

**Total**



**Risque de fracture à 10 ans**

**Rapport FRAX non généré car :**

Homme de moins de 50 ans

Tous les T-scores pour Rachis total, Hanche totale et Col fémoral égaux ou supérieurs au pourcentage -1.0.

**Commentaire :**

Comparaison T-score Blanc Masculin; Comparaison Z-score Blanc Masculin.  
Source : BMDCS/NHANES White Male.

**HOLOGI**

ROYAUME DU MAROC  
FORCES ARMEES ROYALES  
HOPITAL MILITAIRE MOULAY ISMAIL

QUITTANCE

N° 253459

Reçu de M.

La somme de :

	300 francs	
	300 francs	
	300 francs	

Meknès, le 18/02/2027

Le régisseur de recettes.