

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-654028

94871

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 611	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KAIS Abderrahman		
Date de naissance : 01/01/1948		
Adresse : N° H61, Lotissement Wafa, Deroua		
Tél. : 0661153218	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin :</p> <p>Dr. N. LATIF DRISSE TRAUMATO - ORTHOPÉDIQUE 75, Boulevard Massira Al Khadra Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07</p> <p>Kaïs Abdellah</p> <p>Age: 80</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : Fracture Col fémur. Prothèse de hanche.</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>		

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 06/12/2021

Le : 06/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Spas	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
<i>Med 2011</i> <i>18/11/2011</i> <i>12h 10/2011</i>	<i>10/11/2011</i> <i>lun/jeudi</i> <i>10/11/2011</i> <i>Stéphane</i>					<i>150,00</i> <i>CLINIQUE</i> <i>70, Rue Radisson</i> <i>522 990 990</i> <i>LAN</i>	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F	DETERMINATION DU CŒFFICIENT			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

PROTHESES DENTAIRES		MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		<b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> <b>G</b> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b>		<input type="text"/>	
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b>	
				<input type="text"/>	
				<b>DATE DU DEVIS</b>	
				<input type="text"/>	
				<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b>	
				<input type="text"/>	

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 13/10/2021

M<sup>u</sup> RAIS Abdennasser

01 ATTelle de Genou T<sub>2</sub>

410,00

مصحة المغرب  
CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél: 0522.990.990 (L.G) 25.81.11 - 23.45.39  
Fax: 0522.23.45.40

# مصحة المغرب

## CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Feuille1

Casablanca, le .....

13/10/21

## FACTURE 897/2021

NOM /PRENOM : RAIS ABDERRAHMAN

NOM DU PRODUIT	QTE	P.U	MONTANT
ATTELLE DE GENOU	1	450	450,00
<b>TOTAL</b>			<b>450,00</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS ./.  
REGLEE EN ESPECES**

# مصححة المغرب

## CLINIQUE MAGHREB

Casablanca, le

18 octobre 2021

Le Docteur Dr. Abdellatif  
prie M El Sayed Abdellatif

d'accepter l'expression de ses sentiments  
distingués et lui présente suivant l'usage.

sa note d'honoraires pour .....

s'élevant à la somme de .....

3000

Docteur HARTI A  
Professeur de Médecine  
Anesthésie - Réanimation  
Tél: 0661 14 20 06

مصححة المغرب  
CLINIQUE MAGHREB

Casablanca, le .....

18 octobre 2021

Le Docteur .....

prie M .....

d'accepter l'expression de ses sentiments

distingués et lui présente suivant l'usage.

sa note d'honoraires pour .....

s'élevant à la somme de .....

Dr. N. LATIF IDRISI  
TRAUMATO-ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

KAIS Abderrahman CIN B197 881  
Matricule : 611

a MUPRAS

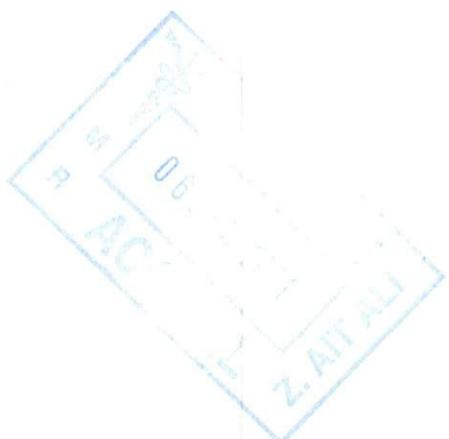
Objet Compte rendu fracture de la hanche

cet incident m'est arrivé le 11/10/2021, chez moi à  
l'adresse N° 1461, lotissement wafa, Deroua  
le matin quand j'ai voulu assoiré sur une chaise  
pour prendre mon café à la cuisine, cette chaise a glissé  
du côté gauche, par la suite je suis tombé sur mon côté  
droit ce qui a provoqué la fracture sur mon hanche  
j'ai été donc hospitalisé à la clinique AL MAGHREB pour  
subir une opération de Prothèse.

j'affirme sur l'honneur, que cet fracture m'est arrivé  
dans ma cuisine (chez moi à l'adresse ci-dessus

KAIS Abderrahman N° 611  
CIN B197 881, rétracté RAM

  
le 06/12/2021



# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le ..... 13/10/2021

**PATIENT : MR KAIS ABDERRAHMANE**

**Opérateur : DR. LATIF IDRISI N**

## **PROTHESE TOTALE DE HANCHE DROITE**

### **COMPTE RENDU OPERATOIRE**

**Sous anesthésie loco régionale.**

**Installation en décubitus latéral .**

**Incision postéro-externe.**

**Ouverture plan par plan.**

**Ouverture du fascia lata.**

**Luxation de la tête fémorale .**

**Coupe du col.**

**Fraisage du cotyle avec greffe osseuse du fond du cotyle**

**Mise en place d'une cupule diamètre 52 non cimentée.**

**Queue N°4**

**Tête col moyen**

**Réduction de la prothèse .**

**Nettoyage.**

**Mise en place des deux drains de redan.**

**Fermeture plan par plan sur surjet intra dermique .**

**Attelle le jour même**

**DR LATIF IDRISI N**