

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

- 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.

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° W21-654028

94871

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 611 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KAIS Abdelrahman
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : N° 461, Lotissement Wafa, Deroua
 Tél. : 0661153218 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. N. LATIF IDRISI
 TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
 75, Boulevard Massira Al Khadra
 Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : KAIS Abdelrahman
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Fracture Col fémur. Prothèse de hanche.
 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 : 06/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/10/2011	CS	1		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/10/2011					
	18/10/2011					
	13/11/2011					

CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Cadix Maârif
Tél: 0522 990 990 Fax: 0522 23 40 40

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

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^{re} RALIS Abdennahman

01 ATTelle de Genou T2

450,00

مصحة المغرب
CLINIQUE MAGHREB
70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca
Tél: 0522.990.990 - 23.45.40
INCA ©

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

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
TOTAL			450,00

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

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

Casablanca, le

18 Octobre 2021

Le Docteur

Reanimateur

prie M

Dr. A. Abdelhak

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 HARTIA
Professeur de Médecine
Anesthésie - Réanimation
Tel: 0661 14 20 06

مصحة المغرب

CLINIQUE MAGHREB

Casablanca, le

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
TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE
75, Boulevard Massin Al Khadra
Tél: 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07

KAIS Abderrahman CN B197881
Matricule: 611

a MUPRAS

Objet Compte rendu fracture de la hanche

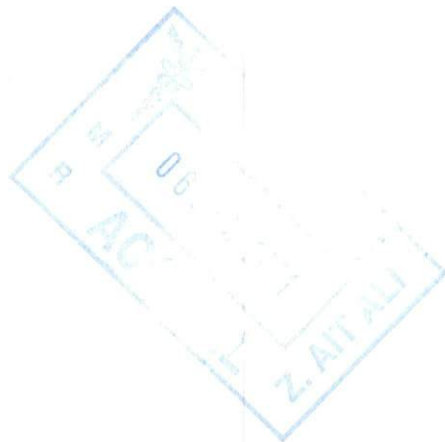
Cet incident m'est arrivé le 11/10/2021, chez moi à l'adresse N° 1461, lotissement wafa, Deroua

le matin quand j'ai voulu m'asseoir 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'atteste sur l'honneur, que cet fracture m'est arrivé dans ma cuisine (chez moi à l'adresse ci-dessus

KAIS Abderrahman N° 611
CIN B197881, retraité 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 IDRISSE 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 IDRISSE N

DR. N. LATIF IDRISSE N
TRAUMATO - ORTHOPEDIE
75, Boulevard Hassan II
Tél. 05 22 25 23 45 / 05 22 25 23 46 / 05 22 25 23 47