

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

- 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° M21- 064367

110460

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **MARZOUI TAMOU**

Date de naissance :

Adresse :

Tél : **06 17 04 58 16** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. AL DEMOURA
Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chef des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique Xie à la Faculté
de Médecine-Paris
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgie Prothétique
Chirurgie du Rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie du membre inférieur

Date de consultation : **21/03/2022**

Nom et prénom du malade : **MARZOUI TAMOU** Age :

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

Nature de la maladie : **contrôle Prothèse Totale de genou**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **(P.T.G.)**

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 : **21/03/2022**

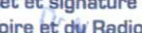
Signature de l'adhérent(e) :

ADHERENT

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
21/03/2022		6	300,-	

[illegible][illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/03/2011	278	520 DH

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/03/2022	278	520 DH

[illegible][illegible]

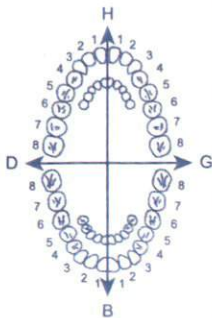
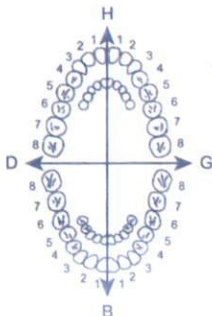
entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

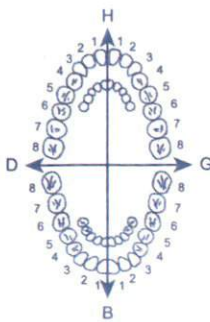
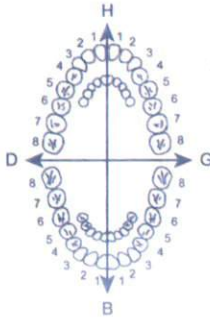
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M U P R A S

N° Admission : 22003149 N° Facture : 22003041 Date facturation : 21/03/2022

Nom et prénom du patient : Mme MARZAOUI TAMOU

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX 1INC F/P, RX 2GENOUX F/P EN CHARGE	1.00	520.00	520.00
		Sous-Total	520.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :
Cinq cent vingt dirhams

Total : 520.00DH

Adhérent :
 Mle :
 PC N° :

Part organisme : 0.00 DH
 Part patient : 520.00 DH



Dr. Ali DEMOURA

Chirurgien Orthopédiste

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
de Médecine Paris XII

Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie

Chirurgie prothétique

Chirurgie du rachis (colonne vertébrale)

Chirurgie tumorale

sur Rendez-vous

Demoura
Tamou,

الدكتور علي دمورة

جراحة العظام و المفاصل

والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

الجراحة التقيويمية و جراحة الكسور

الجراحة بالمنظار و الجراحة المجهرية

جراحة الأورام

جراح بمستشفيات باريس الجامعية

بالموعد

Casablanca, le : 21/8/22,

Re. genoux

- F.

- L.

- Mr D à 20h



Dr. Ali DEMOURA
Chirurgien Orthopédiste
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
de Médecine Paris XII
Orthopédie - Traumatologie - Arthroscopie
Chirurgien Prothétique
Chirurgie du Rachis (colonne vertébrale)
Chirurgie Tumorale

Casablanca, le 21 Mars 2022

DR. DEMOURA ALI

Mme. MARZAoui TAMOU

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX FACE ET PROFIL ET AXIALES A 30° :

- Prothèses en place des deux côtés.
- Pas de descellement.
- Pincement externe visible sur les incidences axiales.

DR FARAJ HAMZA

