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

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance & Actions Sociales de Royal Air Maroc

120148

Déclaration de Maladie : Nº P19-0008771

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société : MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AITKASS Boujemaa Date de naissance : 01.01.44

Adresse : 2, rue Har Méditerranée Aïn Diab

Tél. 0663058589 Total des frais engagés : CA 80 4000 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr MOUJTAHID Mohammed, Chirurgien Traumatologue Orthopédiste, Abdelmoumen & El Bachir, Casablanca

MUPRAS 23 JUIN 2022 ACCUEIL H. HAKANI

Date de consultation : 08/06/2022

Nom et prénom du malade : Ait Koss Boujemaa Age :

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

Nature de la maladie : 2eme métacarpe droit

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 :** 08/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-0008771

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/06/2022	C3		300.00	
08/06/2022	infiltration genou droit		300.00	
08/06/2022	Cellplar matrix		3400.00	

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

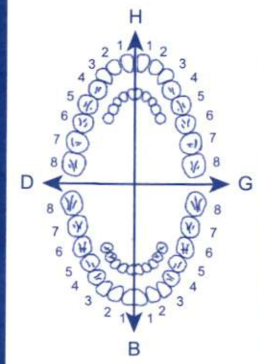
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient

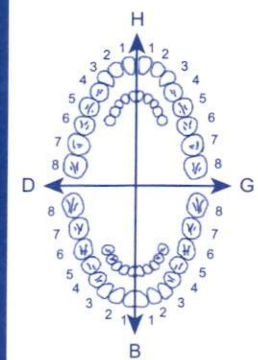
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
D	25533412 | 21433552 00000000 | 00000000	G
	00000000 | 00000000 35533411 | 11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur MOUJTAHID MOHAMMED
Professeur ex: enseignant à la faculté de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main et nerfs périphériques, pathologie de sport

الدكتور محمد مجتهد
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد و الأعصاب
الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : 08/06/2022

MR AIT KASS BOUJEMAA

Mr AIT KASS BOUJEMAA

Compte rendu

Opérateur : Pr Moujtahid Mohammed

Diagnostic : Gonarthrose droite

Indication : Infiltration au plasma riche en plaquette et acide hyaluronique

Prélèvement de 8 cc de sang veineux sur tube Matrix de Regen Lab.
Centrifugation pendant 5 minutes puis obtention de 6cc de plasma riche en plaquettes et HA prélevé sur seringue stérile

Nettoyage du genou droit à la Bétadine puis infiltration intra-articulaire du PRP-HA

Pansement

Professeur MOUJTAHID Med
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie du Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main des Nerfs Périphériques
Casablanca - Tél : 05 61 77 00 81

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj
bureau 27 - 5éme étage Casablanca - Tel: 0522981610
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

Docteur MOUJTAHID MOHAMMED
Professeur ex: enseignant à la faculté de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main et nerfs périphériques, pathologie de sport

الدكتور محمد مجتهد
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد و الأعصاب
الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : 08/06/2022

MR AIT KASS BOUJEMAA

- Cedol
  1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant les douleurs 2boites

Professeur MOUJTAHID Med
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie du Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main des Nerfs Périphériques
Casablanca - GSM : 06 61 77 00 81

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj
bureau 27 - 5éme étage Casablanca - Tel: 0522981610
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

Docteur MOUJTAHID MOHAMMED
Professeur ex: enseignant à la faculté de médecine de Casablanca

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste :
Prothèses ,arthroscopie, chirurgie de la main et nerfs périphériques, pathologie de sport

الدكتور محمد مجتهد
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد و الأعصاب
الطب الرياضي و الجراحة بالمنظار

Le : 08/06/2022

Facture

MR AIT KASS BOUJEMAA

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
Infiltration genou droit (importé)	300,00 Dh
Cellalar Matrix	3 400,00 Dh
Total	**4 000,00 Dh**

Arrêté la présente facture à la somme de :
4 000,00 Dirhams

Professeur MOUJTAHID Mo
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie de Sport - Arthroscopie
Chirurgie de la Main des Nerfs
Périphériques
Casablanca - GSM : 06 61 77 00 81

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj
bureau 27 - 5éme étage Casablanca - Tel: 0522981610
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081