

# 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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0008770

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AIT KASS BOUFENAA Date de naissance : 01-01-1949  
 Adresse : 2, Rue Mer Méditerranée - AIN DIABEN  
 Tél : 0663058589 Total des frais engagés : 4000 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : AIT KASS BOUFENAA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Léisme motric gauche  
 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 : 11/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0008770

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 :

## 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



# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/05/2022      | C3                |                       | 300.00                          |  |
| 11/05/2022      | inf. l'ad. genou  |                       | 300.00                          |  |
| 11/05/2022      | Cellula           |                       | 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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

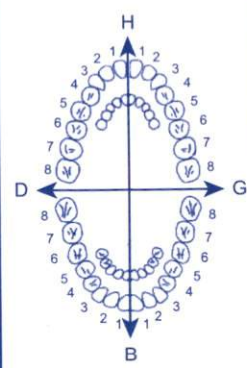
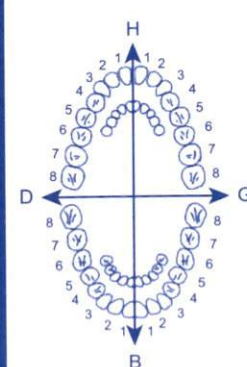
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>11433553 11433553</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |   |                  |             | 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

**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 : 11/05/2022

## Facture

**MR AIT KASS BOUJEMAA**

**Acte**

Consultation

Infiltration genou gauche (importé)

Cellular Matrix

**Total**

**Honoraire**

300,00 Dh

300,00 Dh

3 400,00 Dh

**4 000,00 Dh**

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

Professeur MOUJTAHID Med  
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 - 5ème 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 : 11/05/2022.....

### MR AIT KASS BOUJEMAA

Mr AIT KASS BOUJEMAA

#### Compte rendu

**Opérateur :** Pr Moujtahid Mohammed  
**Diagnostic :** Gonarthrose gauche  
**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 gauche à la Bétadine puis infiltration intra-  
articulaire du PRP-HA  
Pansement

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