

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

- Reclamation : 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- 066614

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2740 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUZIDOUNE Mohamed
 Date de naissance : 5/12/55
 Adresse :
 Tél. : 0678785649 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. HAMID EL BRAICHI
 Chirurgien - Orthopédiste
 87, Bd. My. Idriss Ier
 Tél : 0522.83.36.22 - CASA

Date de consultation : 17/05/2022
 Nom et prénom du malade : BOUZIDOUNE Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Descollement prothèse
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP : 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
11/05/20	Cs		300	D. EL BRAICHI Chirurgien - Orthopédiste 87, Bd. My. Idriss 1er Tél : 0522 83 36 22 - CASA

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
	16/06/20	pano t. a. z.	920,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

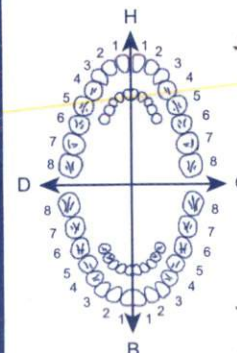
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

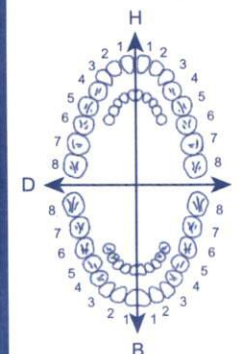
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
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 Hamid EL HRAICHI

Diplômé la Faculté de Médecine de Lyon

Chirurgie orthopédique et traumatologique

Adultes et Enfants

Ancien attaché des Hôpitaux de Lyon

Arthroscopie

Traumatologie du sport

Sur Rendez vous

الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

و تقويم العظام للكبار و الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le 17/05/2022 في الدار البيضاء ،

BOUZIDOUNE MOHAMMED.

Rx du genou gauche en charge
de face et de profil .

Panoragranne de MI
en charge



RADIOLOGIE ANNUEL

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Dr. Hamza FAHAJ

RADIOLOGUE

Dr. Hamid EL HRAICHI

Chirurgien - Orthopédiste

87, Bd. My. Idriss 1er

Tél : 0522.83.36.22 - CASA

87, شارع مولاي ادريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 83 36 22

87, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca - Tél. : 05 22 83 36 22

ICE : 001691553000034 - (En Cas d'Urgence "CLINIQUE LINA" - Tél.: 05 22 97 74 00)

M U P R A S

N° Admission : 22006334 N° Facture : 22006167 Date facturati: 16/06/2022

Nom et prénom du patient : Mr **BOUZIDOUNE MOHAMMED**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
PANGONOGRAMME ,RX GENOU F/P EN CHARGE	1.00	920.00	920.00
		Sous-Total	920.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf cent vingt dirhams

Total : 920.00DH

Adhérent :

Mle :

PC N° :

Part organisme : 0.00 DH

Part patient : 920.00 DH



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | ☎ 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

☎ 06 63 57 42 60 ☎ 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

Casablanca, le 16 Juin 2022

DR EL HRAICHI HAMID

MR. BOUZIDOUNE MOHAMMED

COMPTE RENDU

PANGONOGRAMME

- Genu varum du côté droit avec angle de déviation angulaire de 8° correspondant à 10° en valeur corrigée. Gonarthrose fémoro-tibiale interne associée.
- A gauche, prothèse du genou avec effritement osseux et genu varum avec déviation angulaire de 22° , soit 24° en valeur corrigée.

RADIOGRAPHE DU GENOU GAUCHE FACE ET PROFIL

Prothèse du genou avec effritement osseux et liseré hypodense autour de la prothèse au niveau de la métaphyse tibiale faisant suspecter un descellement.


DR FARAJ HAMZA
RADIOLOGIE ANOUAL
Oncologie & Diagnostic du Maroc
Dr. Hamza FARAJ
RADIOLOGUE