

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.

Nº P19-

062152

130593

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AITKASS

BOUJEMAR

Date de naissance :

1944

Adresse :

2, Rue N° 1er Méditerranée - AN-DAIS, Casablanca

Tél. 0663058589

Total des frais engagés :

4.800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/09/2022

Nom et prénom du malade :

Ait Kass Boujemar

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Smothix 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 :

Le : 14/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/09/2022 | Op | | 300.00 | |
| 14/09/2022 | inf. (haut) (gout) (gout) | | 300.00 | |
| 14/09/2022 | inf. Anatomie (haut) | | 3400.00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a 3D grid with 12 vertices. The vertices are labeled with the letters H, D, G, and B, and are numbered 1 through 8. The grid is oriented with a horizontal axis pointing left (D), a vertical axis pointing up (H), and a diagonal axis pointing down and right (G). The vertices are arranged in a 3D structure, with some vertices having multiple labels (e.g., H1, H2, D1, D2, G1, G2, B1, B2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET 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 :
14/09/2022

Facture

MR AIT KASS BOUJEMAA

| Acte | Honoraire |
|-------------------------------------|--------------------|
| Consultation | 300,00 Dh |
| Infiltration genou gauche (importé) | 300,00 Dh |
| Cellular Matrix Regen-Lab | 3 400,00 Dh |
| Total | 4 000,00 Dh |

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

Dr MOUJTAHID Mohammed
Chirurgien Traumatologue
17 Av. Abdelmoumen et El Bachir
Casablanca
Tél: 0522981610
Fax: 0522981610
E-mail: mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laâraj
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 :
14/09/2022

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

Dr MOUJTAHID
Chirurgien Traumatologue
17 Le Louvre Center angle Bd Abdelmoumen et El Bachir Laalaj
bureau 27 - 5ème étage Casablanca - Tel: 0522981610
Tél: 0522444444 - 0563 7720047
E-mail : mmoujtahid2000@yahoo.fr - Urgences: 0661770081

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