

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0023848

(13180h)

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 7394 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAGDAD NARIN

Date de naissance : 21/08/65

Adresse : RUE 3 VILLA 3 F BLD ABDULKADER

Tél. : 0661306662 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2022

Nom et prénom du malade : Abdellah KRI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Insolite d'angle de G

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : *Blida* Le : *10/10/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *Allal Ben Abdellah*

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
26/09/2021	J. M. H.	450 DH		Hôpital Universitaire International Casablanca Dr. EL FATTAH ABDELLAH Médecine Physique et Réadaptation 091037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/22	351,60

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	

REVIEW 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom serves as a central reference. A horizontal axis labeled 'D' extends from left to right, perpendicular to the vertical axis. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with the first molar on each side being the third tooth.

[Création, remont, adjonction]
nctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

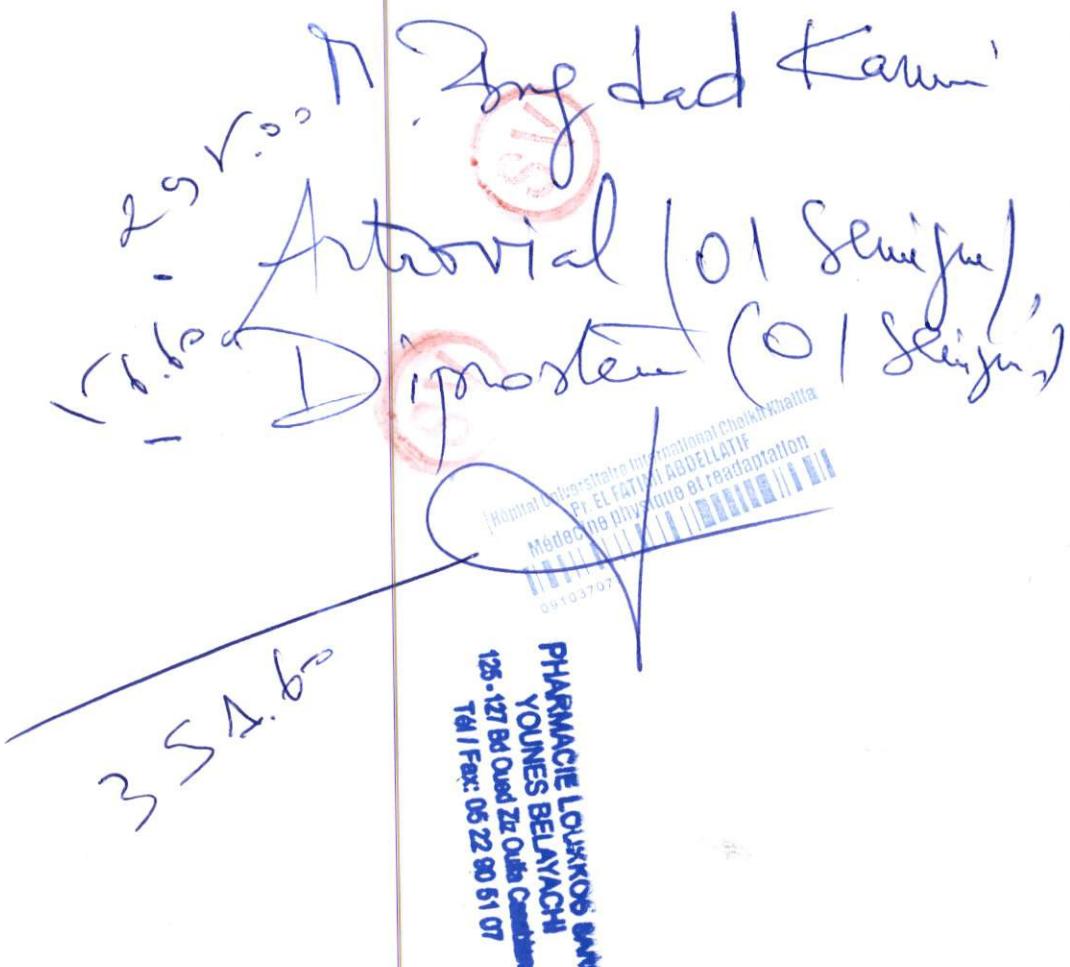
VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23/09/2022



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

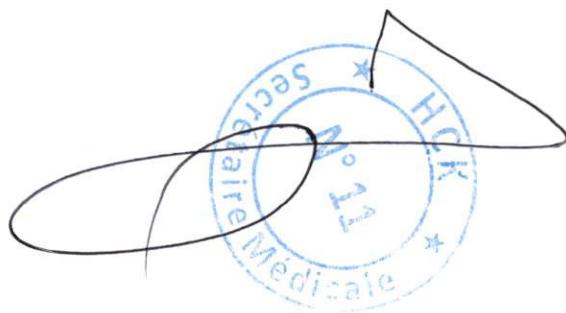
F A C T U R E

N° : 126723 / 2022 du 30/09/2022

Nom patient	BAGDAD KARIM	Entrée	30/09/2022
	PAYANTS	Sortie	30/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
INFILTRATION INTRA-ARTICULAIRE, MEDICAME	1,00		450,00	450,00
Total Clinique				450,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	450,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

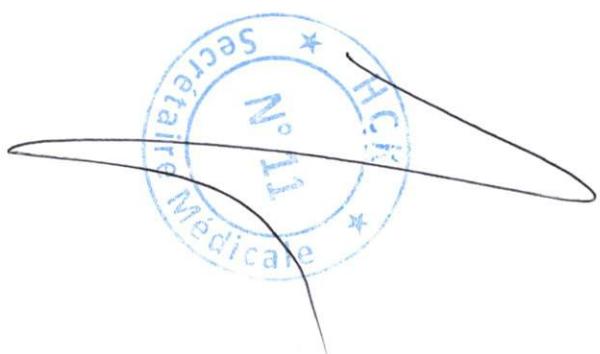
Reçu de caisse

N° : 220930151741KH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2200569741	BAGDAD KARIM	30/09/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	4367576/bmci Lui-même	450,00
	Total payé	450,00

Reçu établi par : KHA.IBR



ARTROVIAL

Hyaluronate de sodium intra-articulaire 1,6%

Hyaluronate de sodium intra-articulaire 2,2%



COMPOSITION

Une seringue pré-remplie renferme 32 mg (ARTROVIAL 1,6%) ou 64 mg (ARTROVIAL 2,2%) de hyaluronate de sodium ; chlorure de sodium ; chlorure de phosphate monosodique ; eau.

ORIGINE

ARTROVIAL est obtenu par fractionnement d'un gel visco-élastique pour compléter un dispositif stérile et apyrogène.

INDICATIONS

Les dispositifs visco-élastiques ARTROVIAL sont indiqués pour maintenir l'espace endo-articulaire, réduire la douleur et rétablir la mobilité de l'articulation en remplaçant et en supplémentant l'élasto-viscosité du liquide synovial pathologique des articulations arthrosiques.

CONTRE-INDICATIONS

ARTROVIAL ne doit pas être utilisé en cas de réaction d'hypersensibilité connue à l'un de ses composants.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

ARTROVIAL doit être utilisé en injection intra-articulaire.

Il ne doit pas être utilisé en intra-vasculaire ou en intra-tissulaire.

En l'absence d'étude clinique, ARTROVIAL ne doit pas être utilisé chez un patient présentant une maladie infectieuse.

