

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051356

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123.15 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUGZOUL OMAR  
Date de naissance : 02 MAI 1985  
Adresse : Apt 1 Imm AS Res. OASIS SQUARE  
CASABLANCA  
Tél. : 06 64 29 20 47 Total des frais engagés : 800 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/03/2023  
Nom et prénom du malade : Bougzoul Omar Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Douleur du mollet 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : 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
21/3/23	CS		300.04	Dr. BENNANI FAYCAL TRAUMATO-ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT

# 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
	22/03/23	15 chue	200

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# ORTHOSS



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

Date : ...../...../.....

21/03/2023

## Ordonnance

Dr MAHRAOUI M.A  
Chirurgien  
Orthopédiste

**MR BOUGZOUL OMAR**

Dr ACHARGUI . A  
Chirurgien  
Orthopédiste

-SUSPICION D'UNE LÉSION  
MUSCULAIRE AU NIVEAU DU MOLLET  
GAUCHE.

→ ECHOGRAPHIE DU MOLLET  
GAUCHE.

Dr BENNANI . F  
Chirurgien  
Orthopédiste

**Dr. BENNANI FAYCAL**  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
INPE 091166660  
105, Bd. 02 Mars, RDC  
Casablanca

RadioLogie LA VILVA  
2, Rue d'Alger, Casablanca  
Tél : 0522 49 79 79 - 01 61 66 7750

## F A C T U R E

N° de l'admission : 23001806 N° Facture : 23001782 Date facturation : 22/03/2023

Nom et prénom du patient : **OMAR BOUGZOUL**

Convention : ICE :

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 22/03/2023 Sortie: 22/03/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHOGRAPHIE DE LA JAMBE G			500.00
		Sous-Total	<b>500.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Cinq cents dirhams**

**Total : 500.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

2, Rue d'Agadir Angle Hassan II - Casablanca  
Tel: 0522 49 73 73 - 0522 49 73 73  
RADIOLOGIE LA WILAYA



**Dr. M. ALAOUI BOUHAMID**

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire  
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon  
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 22 Mars 2023

**NOM ET PRENOM: BOUGZOUL OMAR**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR : DR FAYCAL BENNANI**

**EXAMEN REALISE : ECHOGRAPHIE DE LA JAMBE G**

**Résultat**

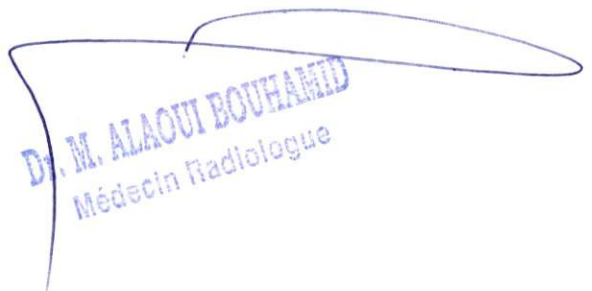
- Présence d'un foyer de désorganisation architectural sous aponévrotique du chef médial du muscle gastrocnémien, mesurant 7.7mm d'épaisseur et étendu sur 56.6mm.
- Absence d'autre anomalie musculaire décelable.
- Lame de collection décelable, en regard à paroi épaissie, sans calcification pariétale.
- Absence d'anomalie des parties molles sous cutanées.

**CONCLUSION :**

- *Aspect échographique en faveur d'une désinsertion myo-aponévrotique du chef médial du gastrocnémien grade 3.*

En vous remerciant de votre confiance

**DR M.ALAOUI BOUHAMID**

  
**Dr. M. ALAOUI BOUHAMID**  
Médecin Radiologue