

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.

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- 0057960

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1112 6475 Société : P. AM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ZADE Jamila
 Date de naissance : 29/12/63
 Adresse : 67, Rue Vesne app 9 Etage 2
 P. Desbordes CDSA
 Tél. : 06 64 09 76 23 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2023
 Nom et prénom du malade : ZADE Jamila Age : 59
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Douleurs de l'épaule
 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 : 19/11/2023

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
21/09/23	S		309,00	Dr. D. COHEN Chirurgie ORTHOPÉDIQUE Chirurgie ARTHROSCOPIQUE 22, Rue Naji Mahfoud Gaumier Casablanca - Tel: 05 22 48 35 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/23	39,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/09/23	Radiologie 600,00 Radiologie 200,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

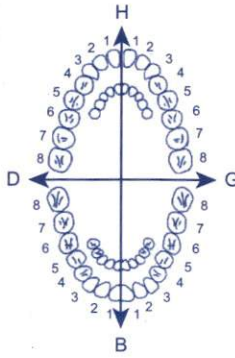
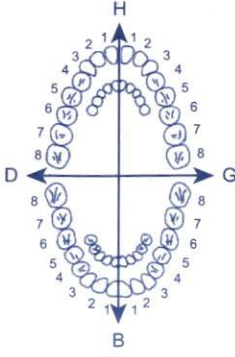
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Date : 10/08/2023 /

Groupe de Chirurgie Orthopédique
et de Traumatologie du Sport

Ordonnance

MME ZADI JAMILA

- **Arcoxia 90 mg**
1 Comprimé, midi, pendant le repas,
pendant , 14 jours
- **Newflex Cooling Gel**
1 APPLICATION, matin, midi, soir, pendant
, 14 jours
- **Cedol**
2 Comprimé, matin, soir, pendant 15 jours

99, 90

S.V

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 81 81 16 - NP 091170910

صيدلية الكليات
PHARMACIE DES FACULTES
Chirurgien LAMRABI
Docteur en Pharmacie
94, Boulevard Mly Driss 1^{er} - Casablanca
Tél. : 0522 86 23 01 - Fax : 0522 86 02 25

Professeur David COHEN

Ancien Professeur à la Faculté
de médecine de Casablanca
Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie arthroscopique
Chirurgie de la main et micro-chirurgie
Chirurgie du rachis
Médecine et chirurgie du sport

البروفيسور دفيد كوهن

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء
إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
الجراحة المنضوية للمفصل
جراحة اليد
جراحة العمود الفقري
الجراحة و الطب الرياضي

Le 21/9/2023

Amé Zabi Tamila

39.832

① LAROXYL gts

n° 5137

10 gts matin

5 gts midi

15 gts soir

x 21 jours

79.60

صيدلية الفاعليات
PHARMACIE DES FACULTES
Dr. David Cohen
Boulevard Mohammed VI - Casablanca
Tél: 0522 86 33 01 - Fax: 0522 86 22 25

Dr. D. COHEN
Chirurgie OSTÉOARTICULAIRE
Chirurgie ARTHROSCOPIQUE
22, Rue Najib Mahfoud Gauthier
Casablanca - Tél: 05 22 48 38 42

40x40x75

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV: 39DH80
PER: 06/26
LOT: M1895

Laroxyl® 40 mg/ml 
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



 Fabriqué par bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

02/15
100161

40x40x75

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV: 39DH80
PER: 06/26
LOT: M1895

Laroxyl® 40 mg/ml 
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



 Fabriqué par bottu s.a.
02, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

02/15
100161

CLINIQUE GHANDI



F A C T U R E

N° : 8604 / 2023 du 22/09/2023

Nom patient **ZADI JAMILA**
PAYANTS

Entrée 22/09/2023
Sortie 22/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-ECHOGRAPHIE DE L' EPAULE	1,00		600,00	600,00
-RX EPAULE FACE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	800,00
Total Clinique				800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Total 800,00

CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54, Bd Ghandi - Casablanca
Tel: 0522 36 74 05

54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • شارع غاندي، 20210 الدار البيضاء

+212 522 36 74 05 +212 522 94 07 70 / 74 +212 522 39 09 73 +212 522 36 05 34

CFG BANK 050 780 004 01064443 120 01 43

RC 43285 IF 02220480 CNSS 1131606 TP 34810615 ICE 000102716000092

Casablanca, le 22/09/2023

PATIENT : **ZADI JAMILA**

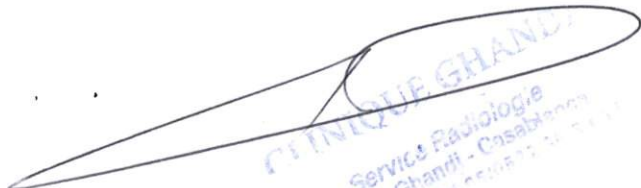
MEDECIN PRESCRIPTEUR : **PR.D.COHEN**

EXAMEN : **RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE DE FACE**

- **Visse en place au niveau du trochiter.**
- Absence d'anomalie de densité osseuse
- Respect des interlignes articulaires, sans image de calcifications décelable.

Merci de votre confiance.

DR. KERROUF


CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél : 0522 36 74 05 / 0522 36 05 34



Casablanca , le 22/09/2023

PATIENT : MME. ZADI. JAMILA

MEDECIN PRESCRIPTEUR: PR.D.COHEN

EXAMEN : ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

L'examen de parties molles de l'épaule droite avec une sonde de haute fréquence retrouve :

- **Tendon supra-épineux modérément épaissi, de contours irréguliers, hétérogène, avec continuité conservée de ses fibres tendineuses.**
- **Absence de rupture tendineuse échographiquement décelable.**
- Absence d'épanchement de la bourse sous-acromio-delhoïdienne.
- Gouttière bicipitale vide.
- Les tendons du sub-scapulaire et du sous-épineux sont d'épaisseur et d'échostructure normale, normalement insérés, sans calcifications intra-tendineuses visible.

Merci de votre confiance

DR. KERROUF


CLINIQUE GHANDI
Service Radiologie
54 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél : 0522 36 74 05 / 0522 39 09 73