

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-0025977

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KETTANI Sidi HAMID
Date de naissance : 19 04 1950
Adresse : 98 RUE MIMOSA Appt 23 HAY ARRATHA
Tél : 0611220765 Total des frais engagés : 16 000 000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 / 11 / 2023
Nom et prénom du malade : EC Hnachi Noime Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : gonarthros stade 2-3
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 : *etc* Le : 29 / 11 / 2023
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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

Autorisation CNDP N° : AA-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
29/11/2023	1. Inf. Med. gen. ou sp. de		300.00	
29/11/2023	Sis. Lenox		1300.00	

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

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 :

Veillez 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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET 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 : 29/11/2023

Facture

MME EL HRAICHI NAIMA

Acte	Honoraire
Infiltration genou gauche (importé)	300,00 Dh
Biolevox	1 300,00 Dh
Total	1 600,00 Dh

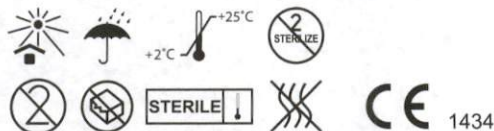
Arrêté la présente facture à la somme de :
1 600,00 Dirhams

Dr MOUJTAHID Mohammed
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir
Laalaj N°27 - Casablanca
Tél: 0522 981 8108 - 0661 770081

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

BioleVox™

HA one



Sodium hyaluronate 120 mg
4.8 ml of intra-articular gel in a pre-filled syringe

Composition

Each 1 ml contains:	
Sodium hyaluronate	25.000 mg
Sodium chloride	6.500 mg
Sodium hydrogen phosphate	0.563 mg
Sodium dihydrogen phosphate	0.045 mg
Water for injection	q.s.

Description

BioleVox™ HA ONE with pH 6.8-7.4 contains high molecular weight sodium hyaluronate produced by bacterial fermentation, non-animal origin. It is sterile and non-pyrogenic. The product is for intra-articular use to improve viscosity of synovial fluid.

Indications

Pain and decreased articular mobility associated with traumatic or degenerative changes including osteoarthritis. The pre-filled syringe with 4.8 ml of gel is dedicated mostly for knee joints.

Contraindications

- The product should not be administered to patients:
- with known hypersensitivity to any of the components of the product;
 - with septic arthritis;
 - with dermatosis at the injection site;
 - who are using anticoagulants.

Precautions

All safety precautions during procedure should be taken to prevent occurrence of septic arthritis. The product is intended for intra-articular injection only.

Do not concomitantly use disinfectants containing quaternary ammonium salts for skin preparation as hyaluronan can precipitate in their presence.

Children, pregnant or nursing women should not be treated with sodium hyaluronate as there are no clinical data available on its use in these patients.

The product should not be used if a sterile pre-filled syringe is damaged. The product must be used before the expiration date indicated on the package.

Do not re-sterilize.

It is to be used on a
Store at temperature
from sunlight. Protect
The product must be

Importé et distribué par:

BIOCROSS

www.biocross.ma
PPC : 1300 DH

Potential side effects

Biocompatibility studies have shown the safety of the product. Transient local reactions, such as pain, redness and swelling, may occur after intra-articular injection. These effects can be reduced by cooling the site with cooling bags for 5 to 10 minutes after the injection. Simultaneous oral intake of analgesics and anti-inflammatory drugs (NSAIDs) may be beneficial for pain relief.

Interactions

No incompatibility with other intra-articular injections has been reported so far.

Administration and dosage

Disinfect the skin at the site of planned injection. Take the pre-filled syringe from the packaging, remove the Luer-lock closure and screw a suitable sterile needle (19G) onto the syringe. Remove air bubbles before injection. The therapy consists of one intra-articular injection. The beneficial effects of the treatment last for at least six months. Treatment may be repeated, if required.

Properties and mode of action

Sodium hyaluronate is responsible for the viscosity and elasticity of the synovial fluid. Because of its lubricating and shock-absorbing properties, it enables painless, physiological joint movement. It also participates in the nutrition of the cartilage.

Supplementation of synovial fluid by intra-articular injection of sodium hyaluronate, improves the viscoelastic properties of the synovial fluid. After one intra-articular injection, joint mobility is improved and pain associated with degenerative changes is relieved.

Package

A sterile pre-filled syringe, containing 4.8 ml of transparent gel, placed in blister and a sterile needle (19G).

To be used exclusively by a medical doctor.

Date of issue: 03/2022

Rev. 01/2022

Manufacturer:

Biovico Sp. z o.o.
Hutnicza 15 B
81-061 Gdynia, Poland, EU

phone: +48 58 660 44 88
office@biovico.com
www.biovico.com

BIOVICO
MEDICAL BIOTECH