

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.



Déclaration de Maladie

M23-0025979

☐ 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 1956
 Adresse : 38 RUE MIMOSA Apt 23 HAY ARRAMA
 Tél : 0611220768 Total des frais engagés : 653,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/11/2023
 Nom et prénom du malade : EL KHOICHI Naïma Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : gonarthrose stade médical
 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 : CASABLANCA Le : 27/11/2023
 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° : 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
27/11/23	C3		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	27/11/23	53,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/11/23	300.00	

AUXILIAIRES MEDICAUX

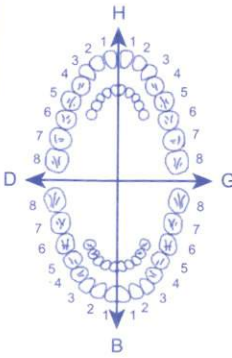
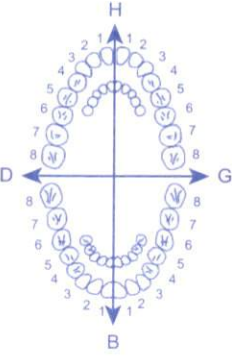
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) 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

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: 27/11/2023

MME EL HRAICHI NAIMA



- 37,70
- Dépo medrol 80 mg / ml
1 injection pour injection intramusculaire
 - 15,30 • Dolamine
1 Comprimé, matin midi et soir, pendant les douleurs
 - dolicox 90mg
1 cp à midi pendant 1 semaine



Dr MOUJTAHID Mohammed
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir
Laalaj N°27 - Casablanca
Tél: 0522 981 610 / 0661 770 081

53,00

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Rois A Côté de
Masjid Annour - Beauséjour
Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca
Patente: 34808192

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

LOT/EXP.:

H08299

03/2028

P.P.V:37DH70

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: 27/11/2023

MME EL HRAICHI NAIMA

FACTURE

Mme EL HRAICHI NAIMA

Examens : radio des deux genoux de face en charge

Total Facture: 300dh

Dr MOUJTAHID Mohammed
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir
Laalaj N°27 - Casablanca
Tél: 0522 981 610 / 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

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: 27/11/2023

MME EL HRAICHI NAIMA

Mme EL HRAICHI NAIMA

Bon de radiologie

Diagnostic : Gonalgie bilatérale

Indication : Faire radio des deux genoux de face en charge

Dr MOUJTAHID Mohammed
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir
Laalaj n° 27 - Casablanca
Tél: 0522 981 610 / 0661 770 081

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

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: 27/11/2023

MME EL HRAICHI NAIMA

Mme EL HRAICHI NAIMA

Compte rendu

Radiographie des Genoux de Face en charge:

- Absence de lésion post-traumatique visible.
- Pincement fémoro-tibial interne bilatéral.
- Déminéralisation osseuse modérée.
- Pas de calcification des parties molles
- Gonarthrose sur genu-varum.

Dr MOUJTAHID Mohammed
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
17 Ag. Abdelmoumen & El Bachir
Laalaj - 27 - Casablanca
Tél: 0522 981 810 - Home 0661 770 081

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