

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Indépendance
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0030332

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01206 Société : Retraite RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KOUSSAIMI M Hamed
Date de naissance : 13-08-1949
Adresse : Habituelle
Tél. : 0666807734 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/23
Nom et prénom du malade : EL KOUSSAIMI M Hamed Age : 74
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : gène
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 : ACCUEIL Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

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
14/11/2023	18	1	300,00	
22/11/2023	18	1	300,00	
22/12/2023	18	1	300,00	

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	
	14/11/23	1	1	1	1	710,00
	22/11/23	1	1	1	1	500,00
	22/12/23	1	1	1	1	500,00

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> <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"/>															

SAT ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

20/11/23

M. ELKOUSSASSI M. Hamed

1/ Infiltration glenohumérale

(x3) n° 14630

→ 14/12/23

→ 21/12/23

→ 28/12/23

Dr. Y. ABDELFTAH
Méd. Physique et Rééducation Fonctionnelle
INP: 071209803



ARTROVIAL

Hyaluronate de sodium intra-articulaire 1,6%
Hyaluronate de sodium intra-articulaire 2,2%



COMPOSITION

Une seringue pré-remplie renferme les ingrédients suivants :
32 mg (ARTROVIAL 1,6%) ou bien 44 mg (ARTROVIAL 2,2%) d'hyaluronate de sodium ; chlorure de sodium ; phosphate disodique ; phosphate monosodique ; eau pour préparation injectable.

ORIGINE

ARTROVIAL est obtenu par fermentation bactérienne et utilisé comme gel visco-élastique pour compléter le tissu conjonctif intra-articulaire. C'est 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 enfant ou une femme enceinte.

Ne pas utiliser si le conditionnement est endommagé.

A utiliser avant la date d'expiration indiquée sur l'emballage.

Aucun signe de bio-incompatibilité n'a été détecté pendant les tests effectués sur le produit.

Des réactions transitoires peuvent être observées après injection intra-articulaire, telles que rougeur, gonflement, fièvre, douleur. Ces effets peuvent être atténués par application locale de la glace pendant 5 à 10 minutes.

Aucune incompatibilité connue avec un autre produit injectable intra-articulaire n'a été rapportée jusqu'à présent.

La prise simultanée de médicaments analgésiques ou anti-inflammatoires par voie orale pourrait être bénéfique dès les premiers jours du traitement. ARTROVIAL ne doit pas être utilisé en association avec les dérivés de l'ammonium quaternaire.

Il ne doit pas être re-stérilisé ou re-utilisé en raison du risque d'infection ou d'altération du produit.





ARTROVIAL

Hyaluronate de sodium intra-articulaire 1,6%
Hyaluronate de sodium intra-articulaire 2,2%



COMPOSITION

Une seringue pré-remplie renferme les ingrédients suivants :
32 mg (ARTROVIAL 1,6%) ou bien 44 mg (ARTROVIAL 2,2%) d'hyaluronate de sodium ; chlorure de sodium ; phosphate disodique ; phosphate monosodique ; eau pour préparation injectable.

ORIGINE

ARTROVIAL est obtenu par fermentation bactérienne et utilisé comme gel visco-élastique pour compléter le tissu conjonctif intra-articulaire. C'est 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 suppléant 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 enfant ou une femme enceinte.

Ne pas utiliser si le conditionnement est endommagé.

A utiliser avant la date d'expiration indiquée sur l'emballage.

Aucun signe de bio-incompatibilité n'a été détecté pendant les tests effectués sur le produit.

Des réactions transitoires peuvent être observées après injection intra-articulaire, telles que rougeur, gonflement, fièvre, douleur. Ces effets peuvent être atténués par application locale de la glace pendant 5 à 10 minutes.

Aucune incompatibilité connue avec un autre produit injectable intra-articulaire n'a été rapportée jusqu'à présent.

La prise simultanée de médicaments analgésiques ou anti-inflammatoires par voie orale pourrait être bénéfique dès les premiers jours du traitement. ARTROVIAL ne doit pas être utilisé en association avec les dérivés de l'ammonium quaternaire.

Il ne doit pas être re-stérilisé ou re-utilisé en raison du risque d'infection ou d'altération du produit.





ARTROVIAL

Hyaluronate de sodium intra-articulaire 1,6%
Hyaluronate de sodium intra-articulaire 2,2%



COMPOSITION

Une seringue pré-remplie renferme les ingrédients suivants :
32 mg (ARTROVIAL 1,6%) ou bien 44 mg (ARTROVIAL 2,2%) d'hyaluronate de sodium ; chlorure de sodium ; phosphate disodique ; phosphate monosodique ; eau pour préparation injectable.

ORIGINE

ARTROVIAL est obtenu par fermentation bactérienne et utilisé comme gel visco-élastique pour compléter le tissu conjonctif intra-articulaire. C'est 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 enfant ou une femme enceinte.

Ne pas utiliser si le conditionnement est endommagé.

A utiliser avant la date d'expiration indiquée sur l'emballage.

Aucun signe de bio-incompatibilité n'a été détecté pendant les tests effectués sur le produit.

Des réactions transitoires peuvent être observées après injection intra-articulaire, telles que rougeur, gonflement, fièvre, douleur. Ces effets peuvent être atténués par application locale de la glace pendant 5 à 10 minutes.

Aucune incompatibilité connue avec un autre produit injectable intra-articulaire n'a été rapportée jusqu'à présent.

La prise simultanée de médicaments analgésiques ou anti-inflammatoires par voie orale pourrait être bénéfique dès les premiers jours du traitement. ARTROVIAL ne doit pas être utilisé en association avec les dérivés de l'ammonium quaternaire.

Il ne doit pas être re-stérilisé ou re-utilisé en raison du risque d'infection ou d'altération du produit.



CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

070062385



F A C T U R E

N° : 12814 / 2023 du 14/12/2023

Nom patient **EL KOUSSAIMI M HAMED**

Entrée 14/12/2023

PAYANTS

Sortie 14/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VISCO SUPPLÉMENTATION SANS PRODUIT	1.00		750.00	750.00
			Sous-Total	750.00
Total Clinique				750.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total 750.00

HOPITAL PRIVE MARRAKECH
Opt. Soins de Suite & Rééducation
Etablissement Ryads Al Atlas (EMR) - Marrakech
Rue du Barrage - Marrakech
98 00 / Fax: 05 24 01 49 12
Tél : 070062385 / N° 19

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

070062385



F A C T U R E

N° : 13185 / 2023 du 21/12/2023

Nom patient **EL KOUSSAIMI M HAMED**

Entrée 21/12/2023

PAYANTS

Sortie 21/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VISCO SUPPLÉMENTATION SANS PRODUIT	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total Clinique				500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500.00



HOPITAL PRIVE MARRAKECH
Dpt. Soins de Suite & Rééducation
Lotissement Ryads Al Atlas (EMERSON)
Route du barrage - Marrakech
Tél : 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 07 42 12
INPE : 070062385 / N° 19

CORAL PARK

HOPITAL PRIVE MARRAKECH

TEL :05.24.35.98.00

070062385



F A C T U R E

N° : 13652 / 2023 du 28/12/2023

Nom patient **EL KOUSSAIMI M HAMED**
PAYANTS

Entrée 28/12/2023

Sortie 28/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VISCO SUPPLÉMENTATION SANS PRODUIT	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total Clinique				500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	500.00
CINQ CENTS DIRHAMS		
 HOPITAL PRIVE MARRAKECH Dpt. Soins de Suite & Réadaptation Lotissement Ryads Al Atlas (EMH) Route du barrage - Marrakech		

Tel: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 45 12
INPE : 070062385 / N° 19