

# 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'Hopital - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

190553  
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 012056 Société : Retraite RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL KOUSETAMI M'Hamed

Date de naissance : 13 - 08 - 1949

Adresse : Habitatuelle

Tél. 06 66 80 77 314 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/23

Nom et prénom du malade : EL KOUSETAMI M'Hamed Age : 74

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gengivite

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) : ACCUEIL

## RELEVE 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
INP: 0720062385 / N° 24	Dr Y. ABDEL LATIF			Dr. Y. ABDEL LATIF Pr. ASSESSMENT Med. Physique et Readaptation Fonctionnelle INP: 071209803 Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 04 42 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		M I M P C M A I V	
Dr Y. ABDEL LATIF	16/1/16		710,00
Dr Y. ABDEL LATIF	23/1/16		500,00
Dr Y. ABDEL LATIF	28/1/16		500,00

## RELEVE 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 canalaire, 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				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	
D	00000000	B	00000000	
G	35533411	H	11433553	
B				
[Création, remont, adjonction]				DATE DU DEVIS
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CIM Santé

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE



HUPM

مصحة متعددة الاختصاصات

ORDONNANCE

30/11/23

M. EL KOUSSASME M. Benseddik

1) Infiltration glande

(x3) n° 14630

→ 14/12/23

→ 21/12/23

→ 28/12/23

Dr. Y. ABDELETTAH  
Méd. Physique et Réadaptation 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.

## PRÉCAUTIONS 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.

## PRÉCAUTIONS 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.

## PRÉCAUTIONS 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	<b>EL KOUSSAIMI M HAMED</b>	Entrée	<b>14/12/2023</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>14/12/2023</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

VISCO SUPPLÉMENTATION SANS PRODUIT	1.00		<b>750.00</b>	<b>750.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<i>750.00</i>
			<b>Total Clinique</b>	<b>750.00</b>

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

<b>Total</b>	<b>750.00</b>
HOPITAL PRIVE MARRAKECH	
pt. Soins de Suite & Réedap	
lement Ryads Al Atlas (EMI)	
uite du Barrage - Marrakech	
98.00	Fax: 05 24 01 49 12
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	<b>EL KOUSSAIMI M HAMED</b>	Entrée	<b>21/12/2023</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>21/12/2023</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VISCO SUPPLÉMENTATION SANS PRODUIT	1.00		<b>500.00</b>	<b>500.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>500.00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total** **500.00**

HOPITAL PRIVE MARRAKECH  
Opt. Soins de Suite & Réedac  
Lotissement Ryads Atlas (EMM)  
Route du barrage - Marrakech  
Tél: 05 24 35 98 00 / Fax: 05 24 01 42 12  
INPÉ: 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	<b>EL KOUSSAIMI M HAMED</b>	Entrée	<b>28/12/2023</b>
	<b>PAYANTS</b>	Sortie	<b>28/12/2023</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
VISCO SUPPLÉMENTATION SANS PRODUIT	1.00		<b>500.00</b>	<b>500.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>500.00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

CINQ CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>500.00</b>



HOPITAL PRIVE MARRAKECH  
Dpt. Soins de Suite & Réadaptation  
Lotissement Ryads Al Atlas (EMM)  
Route du barrage - Marrakech

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