

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0028802 *AKK*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *5685* Société : *KAM*  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : *SEKRAT Mohammed* *197466*  
 Date de naissance : *1936*  
 Adresse : *39 Lotissement Sindibad fin Diab Case*  
 Tél. : *06 13074647* Total des frais engagés : *2.000* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : *SEKRAT SALADIN* Age : *19 ans*  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 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 : ..... Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-028802

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *5685*  
 Nom de l'adhérent(e) : *SEKRAT Mohammed*  
 Total des frais engagés : *2.000*  
 Date de dépôt : .....

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

### 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
		AM	PC	IM	IV	
KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE Mr. Mohammed NASSIR 48, Rue Jbel Arouir, Casablanca Tél: 05 22 94 964	01/03/2024	20	AMH	10	=	2000 Dhs

INPE:065037764

### VOLET ADHERENT

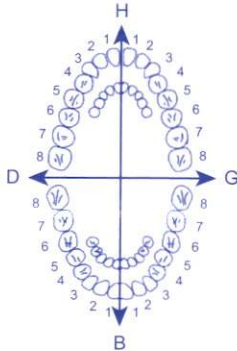
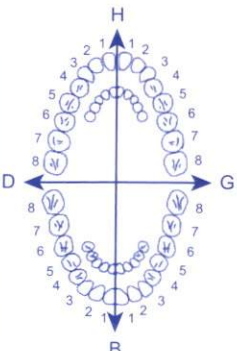
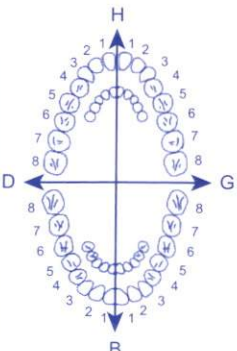
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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																	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			<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			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412			21433552																	
00000000			00000000																	
D			G																	
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

# Dr Nouredine AMRI

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



## الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة  
العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بمونبيلي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التجميلية

Le : 28/02/2024

Ch. SEKKAS Salaheddine  
NASSIR

Faire le suivi de l'éc  
du genou droit.

- Massage électrothermique
- Mobilisation douce et progressive
- Physio + US
- Renforcement musculaire

KINÉ VITAL PHYSIOTHÉRAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
3, Rue Jbel Aroui, Cil, Casablanca  
Tél : 05 22 944 964

2x / semaine

Dr. Nouredine AMRI  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Angle Rte. Azemmour et Bd Sidi  
Abderrahmane, 3ème étage N°6  
Tél.: 0522 83 62 89 - Casablanca



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Sam PEC

Le ..4.../03../20.24

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5685 E-mail : \_\_\_\_\_ Phones : 0613074647  
Nom et Prénom de l'adhérent : SEKKAT Mohammed  
Nom et Prénom du bénéficiaire : SEKKAT SALADIN Nadia

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : \_\_\_\_\_  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. \_\_\_\_\_  
Nécessite \_\_\_\_\_  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Une hospitalisation de (approximatif) ... \_\_\_\_\_  
A (préciser l'établissement hospitalier) \_\_\_\_\_

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cachet, date et signature du  
praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



## Devis N° :065/24

- Prénom & Nom : Mme Sekkat Saladin Nadia
- Diagnostic : Rééducation du genou
- Médecin traitant : Dr Nouredine Amri
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 10
- Montant total des honoraires : 2000 Dhs
- Arrêter le présent devis à la somme de : Deux Mille Dirhams

Casablanca le :01/03/2024

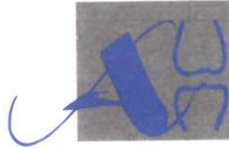
KINÉ VITAL PHYSIOTHÉRAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
18, Rue Jbel Arouj, Cil, Casablanca  
Tél : 05 22 944 964

INPE:065037764

## Dr Noureddine AMRI

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



## الدكتور نور الدين العامري

إختصاصي في جراحة  
العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التجميلية

Le : 28/02/2024

M. E. Sekkar Salaheddine  
NASSIR

Faire le suivi de l'art  
du genou droit.

- Massage de l'articulation
- Mobilisation douce et progressive
- Physio + US
- Renforcement musculaire

KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR

8, Rue Jbel Aroui, Cil, Casablanca  
Tél : 05 22 944 964

2x / semaine

Dr. Noureddine AMRI  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Angle Rte. Azemmour et Bd Sidi  
Abderrahmane, 3ème étage N°6  
Tél : 05 22 89 62 89 - 40273019



Casablanca, le 21 Février 2024

**DR. AMRI NOUREDDINE**

**MME. SALADIN EP SEKKAT NADIA**

## **COMPTE RENDU**

### **IRM DU GENOU DROIT**

#### **Technique :**

- Séquence sagittale et coronale T1.
- Séquence DP dans les trois plans de l'espace.
- Séquence 3D T2 cube.

#### **Résultat :**

- Présence d'une fissure en bec d'oiseau de la corne postérieure du ménisque interne.
- Présence d'un hypersignal linéaire de la corne antérieure du ménisque interne respectant la surface articulaire.
- Présence d'un petit kyste mucoïde de la corne antérieure du ménisque externe en rapport avec une méniscopathie grade 1.
- Intégrité de la corne postérieure du ménisque externe.
- Présence d'un épaississement avec hypersignal DP non liquidien du ligament croisé antérieur, sans signe de rupture.
- Intégrité du ligament croisé postérieur.
- Présence d'une gonarthrose tri-compartimentale modérée avec amincissement du cartilage d'encroûtement dépassant les 50% prédominant au niveau du compartiment interne.
- Epanchement intra-articulaire prédominant au niveau de la bourse sous quadricpitale.
- Infiltration liquidienne de la loge poplitée sans collection décelable.
- Intégrité des ligaments collatéraux.


.../...

**MME. SALADIN EP SEKKAT NADIA**

**Conclusion :**

- Présence d'une fissure en bec d'oiseau de la corne postérieure du ménisque interne associé à une méniscopathie grade 1 des cornes antérieures du ménisque interne et externe comme décrit ci-dessus.
- Gonarthrose tri-compartmentale modérée avec une chondropathie grade 2 prédominant au niveau du compartiment interne.
- Elongation du ligament croisé antérieur sans signe de rupture.
- Epanchement intra-articulaire prédominant en sous quadricipital.
- Infiltration liquidienne de la loge poplitée, sans collection décelable, à confronter aux données de l'examen clinique ; rupture musculaire ? A confronter à un examen plus étendu au niveau de la jambe (limite de la zone explorée).

**DR. EL OUARDIGHI LAMIAE**

  
RADIOLOGIE ANOUAL 111  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
Dr. El Ouardighi Lamiae  
Médecin Radiologue  
Tél: 06 03 57 42 60  
Fax: 06 03 57 42 60  
Email: anoual@radiologieanoual.ma