

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



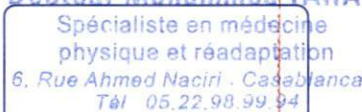
## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011049

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres


### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5032 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : ABDELFADEL SAID Date de naissance : 08/01/64  
Adresse : 1167 FLORIDA Rue 7 Califorme CASA  
Tél. : 0661 34 2400 Total des frais engagés : - 2300DH - Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 11 / 04 / 2019 Accueil Siege : Ram  
Nom et prénom du malade : M. ABDELFADEL SAID Age : .....  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Epaule conflictuelle + Epaule tendineuse (Epaule morte)  
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 : CASA Le : 16 / 09 / 19  
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
17/07/19	a		300,- dh	<i>[Signature]</i>

# 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
<i>[Signature]</i>	16/07/19	radiographie Epiglotte Droite I.B.M. Epiglotte Droite	2000,-

# AUXILIAIRES MEDICAUX

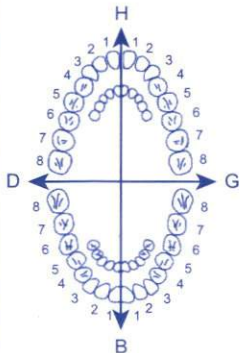
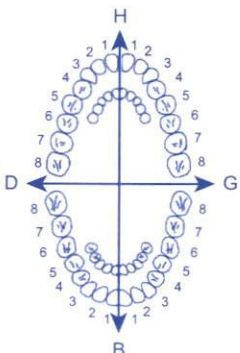
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Casablanca, le 16/07/2019

## FACTURE

FACTURE N° : 04379/2019  
NOM-PRENOM : ABDELFADEL SAID

EXAMEN(S) REALISE(S) : IRM EPAULE DROITE  
ECHOGRAPHIE EPAULE DROITE

MONTANT : 2000 DH

DEUX MILLE DH  
REGLEMENT : TPE

**LA WILAYA**  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
2/8, Rue d'Agadir, Angle Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 49 73 73

# عيادة الطب الفيزيائي والتأهيل - الطب الرياضي

Cabinet de médecine physique et de réadaptation - médecine du Sport

**Dr. Mohammed TAHA**

Spécialiste

Diplômé de la faculté de médecine  
de Lille II (FRANCE)

**الدكتور محمد طه**

اختصاصي

خريج كلية الطب بليل II (فرنسا)

Corse le 11/07/2018

M. ABDELFADEL Saïd

Echographie de l'épaule  
droite

IRM de l'épaule droite

Epaule conflictuelle  
Epaule tendineuse (rototeurs  
externe)  
Antécédent de goutte  
névralgie et ilé



**Dr. A.BELHOUCINE**

Radiologue diagnostic et interventionnel  
Laureat de la Faculté de Médecine de Marseille  
Ancien P.H. des hôpitaux de France

Casablanca , le 16/07/2019

PATIENT : ABDELFADEL SAID  
MEDECIN TRAITANT : DR TAHA MOHAMMED  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **IRM EPAULE DROITE**

**TECHNIQUE :**

Densité de Proton dans les 3 plans  
T1 coronale.

**RÉSULTAT :**

- Tendinopathie distale du tendon supra-épineux, sur conflit sous acromial, avec remaniements tendineux, associée à une fissure transfixante distale, en pré-insertion, avec une lame liquidienne de la bourse sous deltoïdienne.
- Respect des tendons infra-épineux et sous scapulaire.
- Le tendon long biceps est en place, au niveau de sa gouttière, entouré d'un épanchement liquidien.
- Discret épanchement liquidien intra-articulaire.
- Arthrose acromio-claviculaire modérée, aggravant le conflit sous acromial.
- Respect de l'articulation glèno-humérale et des bourrelets remaniés, mais en place.
- Absence de signe de dégénérescence musculaire.

**CONCLUSION :**

- Conflit sous acromial, responsable d'une tendinopathie du tendon supra-épineux, avec fissure transfixante distale, associée à une bursite sous deltoïdienne et une tenosynovite du tendon long biceps.
- Hypertrophie modérée de l'articulation acromio-claviculaire..
- Absence de dégénérescence graisseuse musculaire.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **DR BELHOUCINE**

Pour consulter les images, utilisez le lien : <http://196.70.251.252:8088/images/> Login : BP27286 Mot de Passe : BP20336