

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



Déclaration de Maladie

N° W19-464956

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : RAA	
Matricule : 0406		Nom & Prénom : HILAL M'HAMED	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 24-1-1934		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse : Cte Habib Bourguiba Rue 27 N°108 CASA		Tél. : Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 09/10/2019	Age:
Nom et prénom du malade : HILAL M'HAMED	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Rupture d'hémostase	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 DEC. 2019	
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 : Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-464956

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

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
10/09/2019	Q	G		INP : 42 091037192

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
11/11/2019	120,00 x 15	15	15	15	15	Hind EL KADIRI de Paris

VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

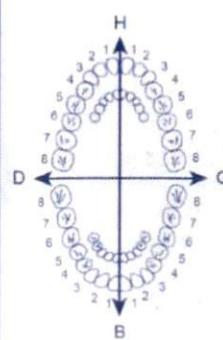
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HİDEL KOUFLI

Kinéthérapeute D.H.E.K

Rééducation fonctionnelle
Métrie et Respiratoire
Physiothérapie



هند الكوفي

دبلوم المدرسة العليا
للترويض الطبي
أخصائية في الطب الجسماني
والعلاج الفزيائي

Ordonnance

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le

Mme. Hind EL KOUFLI
Kinésithérapeute Physiothérapeute
43 Bd Akid Allam 1er étage app. 02 - Casablanca
الدار البيضاء
المغرب
Tél : 05 22 72 92 47 - GSM : 06 79 77 24 06

Je Sais signe et certifie que Mr Hikol Mohamed a subit
ce certificat que Mr Hikol Mohamed a subit
la séance de rééducation fonctionnelle
de la hanche droite sur ordonnance du
Dr Hassane et celle à raison de 120,00 DH
la séance.

$$\text{Total} = 120,00 \times 14 \text{ séances} = 1800,00 \text{ DH}$$

$$\text{Total} = 120,00 \times 14 \text{ séances}$$

Ainsi la somme totale
Melle Hind et Mme. Hind EL KOUFLI
Kinésithérapeute Physiothérapeute

43 Bd Akid Allam 1er étage app. 02 - Casablanca
المغرب
Tél : 05 22 72 92 47 - GSM : 06 79 77 24 06

n° de patente: 39796220 / n° d'identifiant fiscal: 4022790
n° d'affiliation: NSS: 863354811CE.0004262000070

43, شارع عقيدة العلام قرب (banque Populaire) الطابق الأول شقة رقم 02 بورنازيل البيضاء
43,Bd Akid Allam 1er étage app 02 Casablanca- Té.: 05 79 77 24 06 / 05 22 72 92 47-Email : hindelkouffi@hotmail.fr

Dr Jalal HASSOUN

Traumatologie et Chirurgie Orthopédique

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور جلال حسون

جراحة العظام والمفاصل

أستاذ سابق بكلية الطب

و الصيدلية بالدار البيضاء

LETTRE DE REEDUCATION

Casablanca, le :

05/10/2019

Cher Confrère :

Je vous adresse Mr/Mme :

Qui présente :

Traité par :

Pour rééducation fonctionnelle :

Nbr Séances :

Observation :

Signé :

Pr. Jalal HASSOUN
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
42 Rue des hôpitaux - Casablanca - Maroc
091037197

42, rue des hôpitaux, Résidence les pléiades RDC B2 - Quartier des Hôpitaux - Casablanca

- زنقة المستشفيات - إقامة تبليяд - الطابق الأرضي - مكتب 2 - الدار البيضاء 42



05 22 27 12 69



05 22 27 10 48



www.cabinetdrhassoun.com



jalal.hassoun@cabinetdrhassoun.com / jhassoun3@yahoo.fr

Medecin : 500DH + 200+400+800

N°	Jours	Dates	Heures	Type
1	Lundi	7/10/2019	8h00	
2	Mardi	8/10/2019	8h00	
3	Mercredi	9/10/2019	8h00	
4		10/10/2019	10h00	
5	Mercredi	16/10/2019	10h00	
6	Mercredi	17/10/2019	10h00	
7	Mercredi	18/10/2019	10h00	
8	Vendredi	19/10/2019	10h00	
9	Lundi	21/10/2019	10h00	
10	Mercredi	23/10/2019	10h00	

Traitement :

Nbre séance : 15

11	lundi	3/11/2019	10h00
12	lundi	28/11/2019	10h00
13	Mardi	29/11/2019	10h00
14	Vendredi	1/12/2019	10h00
15	Mardi	5/12/2019	10h00
16			
17		D.H.E.K	
18		Akou Allam ezege app V2 - Casablanca	
19		Tel : 05 22 72 92 47 - GSM : 06 79 77 24 06	
20			

En cas d'empêchement, merci de prévenir 24 heures à l'avance

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Nom et Prénom : HILAL M HAMED

Age : 01/01/1934

Opérateur : PR HASSEN

Anesthésistes : DR BERRADA J

Date : 01/10/2019

Diagnostic : Descellement de PTH DROITE (Reprise PTH)

Pr. Jalal HASSEN
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
42 Rue des Hôpitaux - Quartier des Hôpitaux
Casablanca
051037192

Sous rachis anesthésie malade en décubitus latéral gauche, abord par voie postéro

**latérale de Moore ouverture de l'aponévrose du fascia latta dissection des fibres du
grand fessier section des pelvitrochantériens arthrotomie, luxation de la
prothèse fémorale qui sera extraite.**

**Dans un premier temps, on procède à l'extraction du cotyle descellé et du ciment collé à la
paroi puis de la tige et du ciment intra-médullaire. La qualité de l'os après ablation nous
insite à reposer une prothèse normale.**

**On prépare le cotyle par des fraises successives jusqu'à 54 mm en lui donnant une
orientation à 45° et 15° d'antéversion en place un cotyle à double mobilité non
cimentée 54 mm.**

**Dans un deuxième temps on procède à la préparation du fut diaphysaire par des râpes
successives jusq'a la taille 5 droite après nettoyage du ciment et de toute la fibrose. on procède
à un
essai avec une tête de diamètre 28mm col long.**

**Mise en place des pièces définitives de la prothèse cotyles 54mm impacté non cimenté à double
mobilité tige numéro 5 droite cimentée et tête à col long. Fermeture plan par plan sur un
drain**

aspiratif après réduction de la prothèse et testing de la stabilité.