

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 :

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° P19-0025122

N° = 30848

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAJOURMI Mohamed

Date de naissance : 21-02-1949

Adresse : Rue Ain ABARJOUNE 177 - IRAM

APPT- 6 HAY SALAM

Tél. : 0666405005 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Mustapha TRAFEH  
Chirurgie Orthopédique  
& Traumatologie  
Tél. : 05 22 82 20 42 - Casa

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Nour Youssef ingham Rachid Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tendinite et l'effort

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) :



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
15/6/2020	9	1	Musculation Référé Orthopédie	Pr. M. TRAF Chirurgie Orthopédique & Traumatologique Tél: 05 22 82 20 42 - C

Pr. MUSTAFA TRAFEH  
Chirurgie Orthopédique  
& Traumatologique  
Tél: 05 22 82 20 42 - Casa

[illegible][illegible]

et et signature du  
roire et du Radiologue

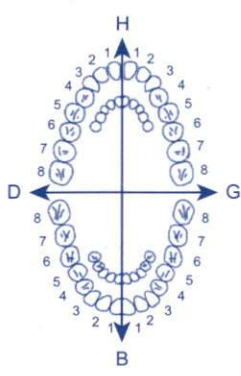
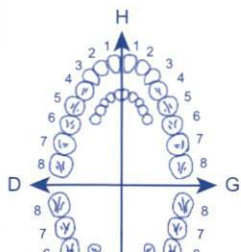
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

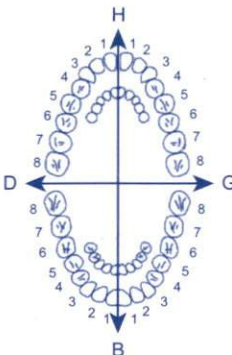
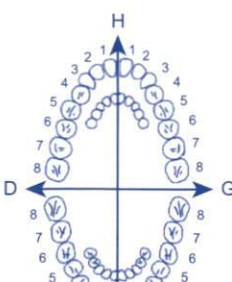
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 80px;" type="text"/></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

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 d

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>H</div> <table><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>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		D	G														
		00000000	00000000														
35533411	11433553																
B																	
[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
		DATE DU DEVIS															

# Dr. Mustapha TRAFEH

Chirurgie Orthopédique Traumatologique  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
EX. chef de service de Chirurgie Orthopédique  
Et Traumatologique P32  
CHU Ibn Rochd Casablanca



## الدكتور مصطفى ترافح

جراحة العظام والمفاصل  
استاذ سابق بكلية الطب الدار البيضاء  
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل  
بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

Casablanca le : 15/6/2020

Rachida Jousfi Mghari

Tendinopathie de la corse des  
rotateurs - épaule dli

Prière de faire

une échographie de  
l'épaule dli

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayed  
Service Radiologie  
Tél : 05 22 82 20 42  
E-mail : www.hck-tek.ma

MUSTAPHA TRAFEH  
Chirurgie Orthopédique  
& Traumatologique  
Tél.: 05 22 82 20 42 - Casa





Casablanca , le 15/06/2020

PATIENT

: YOUSFI MGHARI Rachida

**ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE**

**TECHNIQUE :**

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau de épaule à l'aide d'une sonde de 8 / 12 Mhz.

**RESULTATS :**

- Les tendons supra épineux, infra épineux et sub scapulaire sont de taille normale et symétrique, d'échostructure homogène, de contours réguliers, gardant le parallélisme des bords sans solution de continuité.
- On note un aspect hypoéchogène du tendon supra épineux sans rupture.
- Absence de syndrome de masse péri articulaire.
- Absence d'épanchement synovial.
- Absence de calcification tendineuse.
- Limitation des mouvements d'abduction et d'élévation du membre.

**CONCLUSION :**

- Aspect échographique en faveur d'une tendinite du supra épineux sans rupture tendineuse.

Signé : **Pr MAHI**

Code INPE: 011051430

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 55 101 / 2020 du 15/06/2020

Nom patient : **YOUSFI MGHARI RACHIDA**

Entrée 15/06/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/06/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Echographie de l'épaule	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

**Total 500,00**

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			500,00		500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Service Radiologie  
Tél : (+961) 0529 00 44 66  
www.hck-ickmah.net