

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.



Déclaration de Maladie

M23-0021919

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RIDAOUI RACHID
Date de naissance :
Adresse : HABIBELLE
Tél : 0666274783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 29/03/2024
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur de l'épaule droite
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 : CMA Le : 12/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
12/3/24	C.S.			Dr. BENNANI FAYCAL Dr. TRAUMATO-ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT TRAUMATO-ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT
19/3/24	C.S.			

PHARMACIE MAHABA
André ACHOUR
 Pharmacien
 ou du Fournisseur
 61, Av. des F.A.R.
 Tél 0522 31 16 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
André ACHOUR 61, Av. des F.A.R. Tél 0522 31 16 40	31/03/24	193,40

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
		A M	PC	IM	IV	
ORTHOS SCP 105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair Casablanca TP: 34465339 - ICE: 001860015000084	19/3/24					600.000

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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) 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

ORTHOSS



Groupe de Chirurgie Orthopédique
et de Traumatologie du Sport

Date : / /

12/03/2024

Ordonnance

Dr MAHRAOUI M.A
Chirurgien
Orthopédiste

MME RIDAOUI RACHIDA

67,70

- Ezium 40 mg

1 Gélule, avant les repas, matin, pendant
07 jours

125,70

- Arcoxia 120 mg

1 Comprimé, pendant le repas, soir,
pendant 07 jours

Dr ACHARGUI . A
Chirurgien
Orthopédiste

Dr BENNANI . F
Chirurgien
Orthopédiste

T = 193,40

PHARMACIE MARHABA
André ACHOUR
61, Av. des F.A.R. Casablanca
Tél 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

PPV: 67DH70
PER: 02/25
LOT: M1873-1

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Arcoxia 120mg CP B7
P.P.V : 125,70 DH

6 113001 185733

Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
INPE 091166660
105, Bd. 02 Mars, RDC
Casablanca

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthosport@gmail.com



Ordonnance

Facture N°: 487/2024

Bénéficiaire : Mme Ridaoui Rachida
organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
IFL	INFILTRATION	1	600,00	600,00
Total				600,00

Arrêté le présent document à la somme de :
six cents dirham(s)

CHEQUE

ICE : 001860015000084 / TP : 34465339 / identifiant fiscal : 24858296

ORTHOS SCP
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair
Casablanca
TP: 34465339 - ICE: 001860015000084



Ordonnance

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr ACHARGUI . A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr BENNANI . F

Chirurgien

Orthopédiste

MME RIDAOUI RACHIDA

-BURSITE
-TENDINOPATHIE DISTALE SUS EPINEUX DE
L'ÉPAULE DROITE.

INDICATION

INFILTRATION DE CORTICOIDES FAITE AU
NIVEAU DE L'ÉPAULE DROITE.

Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
INPE 091166660
105, Bd. 02 Mars, RDC
Casablanca

ORTHOSS

Groupe de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport



105 Boulevard 2 Mars, Casablanca

Tél : 05 22 81 81 16

Fax : 05 22 81 81 17

Email : orthossport@gmail.com

N° 0000779 / 24

Bon de règlement

Nom :

Ridoui

Prénom :

Rachida

La somme de :

6000 DH

Motif :

Infiltration

Le :

19/3/24

Signature