

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

SCAN N° W19-421105  
06/09/2020 CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		(43852)	
Matricule : 2459		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Med
Nom & Prénom : EL OUAJJI		Date de naissance : 13/09/1953	
Adresse :			
Tél. : 06 00 362 1187		Total des frais engagés Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	(Dr. K. IFTAHED Chirurgie, rhumatologie, artrose, arthroscopie Tel: 06 00 362 1187)
Date de consultation :	24/08/2020
Nom et prénom du malade :	EL OUAJJI
Lien de parenté :	Lui-même
Nature de la maladie :	Affection articulaire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	(Traumatologie, artrose, arthroscopie)
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 : / /

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
26/06/2020	R2		250	INP : 09M1140 DR Karim Aïdi Chirurgie Orthopédique Spécialiste Arthroscopie 06 61 144 887

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>ARMACIENDA SAKHL CASABLANCA SAKHL AU</del>	<del>04/05/99</del>	<del>100.00</del>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$	$\begin{array}{r l} G & \\ \hline & \end{array}$		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>



مصحة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

Casablanca, le .....

26/08/2006

CLINIQUE AIN CHOCK  
510, Avenue 2 Mars Haddadouia II  
Tel 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50  
Fax 0522 21 64 68 Casablanca

N° 28 ordonance N° 1

①

dd, dd  
Codelac

1cp x

PPV: 22DH20  
PER: 04/22  
LOT: J1344



②

42,60  
Mobic Film

40x

PPV: 42DH60  
PER: 02/23  
LOT: J374

Mobic 7,5 mg  
14 comprimés



③

30,00  
Solvac

100

LOT 191739  
EXP 07/2022  
PPV 30.00DH

PHARMACEUTICALS  
CASABLANCA CASABLANCA AU  
BLOC F, RÉS. ENNAKHIL  
SOLVAC

CIN 3259-850



198,00 DH



Laboratoire Polid  
8 Rue des Goncour  
75011 PARIS, FRANCE

Dr. Karim AHED  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie - Arthroscopie  
Tél: 06 81 144 887

SIDI MAAZOUR - CASABLANCA  
BLOC F, RÉS. ENNAKHIL  
PHARMACIE MANDARINA  
CASABLANCA SARL AU  
TEL: 0522 33 56 99



10



مصحة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOKE

## **ORDONNANCE**

## Casablanca, le

26/08/2020

A<sup>~</sup> or signs not



**Dr. Karim AHED**  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie - Arthroscopie  
Tél: 06 81 144 887

**ALT MEDICAL sarl**votre partenaire santé

25/08/2020

CLIENT

84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des hopiteux, casablanca  
 RC: 301495 ; CNSS: 6235627  
 BANQUE: ATTIJARI WAFABANK; COMPTE N°: 103B000000191  
 TEL / FAX : (212) 05 22 27 60 31  
 MOBILE : (212) 06 58 95 71 74  
 E-mail : alt.medical.sarl@gmail.com

**Mr EL MIJOMI Mohamed****FACTURE N°2408/20/028**

Désignation	Quantité	P.U HT	P.Total HT
ECHARPE	1	66,67	66,67
		TOTAL H T	66,67
		TVA 20 %	13,33
		TOTAL TTC	80,00

Arretée la presente facture à la somme de: QUATRE VINGT DIRHAMS TTC,

Signé

