

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-637236

83767

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>293</b>	Société : <b>RAN RETRAITE</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>AZIZ ALLAL</b>			
Date de naissance : <b>1939</b>			
Adresse : <b>N° 56 Rue Nesk Elile Hay Arraha GARA</b>			
Tél. :	Total des frais engagés : <b>500,00</b> Dhs		

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	<b>Dr Anis ACHARGUI</b> Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910		
Cachet du médecin :	<i>5/8/2021</i>		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Fracture des doigts de la jambe</b>		
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 : **CHIZA**

Signature de l'adhérent(e) : **ez**

Le : **06/08/2021**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Amin ACHAIEF Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca 052818116 - INP 091170910	8/21	230	300 Dh

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORTHO SCP TO: 34465339-10-0015000084 ORTHO SCP 05, Bd 2 Mars Réas. Aymane El khair Casablanca TIC: 005160015000084	5/8/21		Ablation de plâtre			200 Dhs

## **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.



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

Date : ..... / ..... / .....

05/08/2021

# Ordonnance

MR AZIZ ALLAL

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien

Orthopédiste

- Radio DE LA JAMBE G (F+P)

Dr ACHARGUI . A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr BENNANI . F

Chirurgien

Orthopédiste



Dr Anis ACHARGUI  
Chirurgien Orthopédiste  
105, Bd. 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910



105, Avenue 2 Mars, Casablanca - Maroc

Tél : 0522 81 81 16 - 0522 81 81 17 - Email : orthossport@gmail.com



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

Date : ..... / ..... / .....

05/08/2021

# Ordonnance

## MR AZIZ ALLAL

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr ACHARGUI . A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr BENNANI . F

Chirurgien

Orthopédiste

### Rx de la jambe G (Face et Profil):

- Fracture des 2 os de la jambe.
- Cal Osseux visible
- Légère déminéralisation osseuse.

Dr Anis ACHARGUI  
Chirurgien Orthopédiste  
105, Bd. 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 81 81 16 - Email: ortho@orthossport.com

---

105, Avenue 2 Mars, Casablanca - Maroc

Tél : 0522 81 81 16 - 0522 81 81 17 - Email : ortho@orthossport.com



Date : ..... / ..... / .....

05/08/2021

Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

## Ordonnance

Facture N°: 1665/2021

Bénéficiaire : Mr Aziz Allal  
organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
Rx	Radio	1	300,00	300,00
ABP	ABLATION DE PLATRE	1	200,00	200,00
Total				500,00

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

ESPECES

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

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

---

105, Avenue 2 Mars, Casablanca - Maroc

Tél.: 0522 81 81 16 - 0522 81 81 17 - E-mail : orthoressport@gmail.com