

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Ophtalmologie 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.

## Education :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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)

N° M21- 0021547

84031 013204K

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 469

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF KADDO

Date de naissance : 19.01.13

Adresse :

Tél. : 0615360336

Total des frais engagés : 300 + 787,60 = 1087,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI FAYCAL  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
CHIRURGIE DU SPORT

Date de consultation : 09/09/2021

Nom et prénom du malade : Khouloud Soudia

Age : 19/10

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection orthopé

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 : 01/09/2021

Signature de 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
9.9.21	C.S			Dr. BENNANI FAYCA TRAUMATO-ORTHOPÉDIE CHIRURGIE DU SPORT

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE H Rue 300, N° 98 Hôpital Med Soins Tel: 05 22 21 13 61	09/09/2021	78760

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

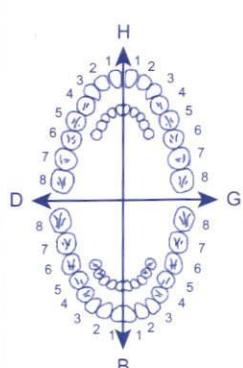
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		



### [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



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

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

09/09/2021

ISOPHARM  
NEWFLEX  
COOLING GEL  
95.00 DH

09/23  
LOT 714  
MFD 10/19

# Ordonnance

Dr MAHRAOUI M.A  
Chirurgien  
Orthopédiste

MME KHOUILI SAADIA

Dr ACHARGUI . A  
Chirurgien  
Orthopédiste

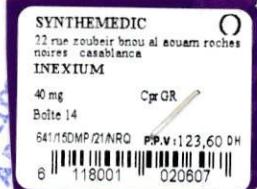
Dr BENNANI . F  
Chirurgien  
Orthopédiste

- Inexium 40 mg  
1 Comprimé, matin, avant les repas, pendant 20 jours
- Arcoxia 90 mg  
1 Comprimé, soir, pendant , 20 jours
- Codoliprane 400 mg / 20 mg  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 10 jours
- Newflex Cooling Gel  
1 application le soir sans masser , pendant 30 jours
- Glaçage +++  
30 minutes le soir

PPV: 22DH20  
PER: 05/23  
LOT: K1289

105, Avenue 2 Mars, Casablanca - N

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



PPV:22DH20  
PER: 05/23  
LOT: K1289

Dr. BENNANI  
TRAUMATOLOGIE  
INPE 091100  
105, Bd. Casablanca  
RDC



Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والغضروف والجراحة الرياضية

105 Bd 2 Mars, Résidence Aymane Alkhair, RDC  
Tel : 05 22 81 81 16  
Fax : 05 22 81 81 17  
Email : orthosport@gmail.com

N° 09038

Dossier N° .....

## Bon de règlement

Nom : Khalil .....

Prénom : S. A. Z. .....

La somme de : 300 Dr .....

Motif: C.S

Le : 9/9/21

Signature