

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.

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 069843

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4105 Société : 31423

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALISS - NOUREDDINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0669897312 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEN REDDAD Chakir
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA
Tél : 022.87.08.06 - GSM : 062.48.50.57

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENJAHMANE - OUASSILA Age: 542

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

Nature de la maladie : gonalgie bilatérale gauche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : traumatisme + lombalgie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
04/11/21			250 DHS	Dr. BEN REDDAD Chakir Chirurgien Traumatologue Orthopédiste Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA T: 022.87.06.06 - GSM: 063.48.69.63

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BEN REDDAD Chakir Chirurgien Traumatologue Orthopédiste Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA T: 022.87.06.06 - GSM: 063.48.69.63	04/11/21	2as	250 DHS
		2as	250 DHS
		2as	220 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

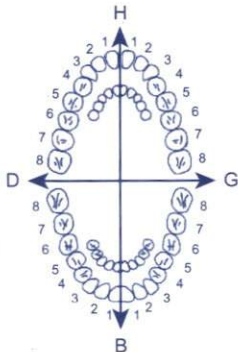
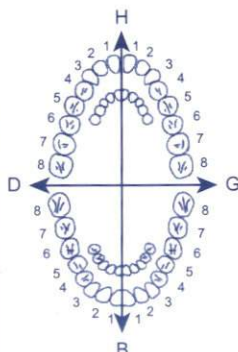
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
				MONTANTS DES SOINS																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chakir BEN REDDAD

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
Chirurgien de la main
Chirurgien du Rachis



الدكتور بن الرداد شاكور

جراحة العظام و المفاصل
جراحة اليد
جراحة العمود الفقري

Casablanca, le 04/11/21 الدار البيضاء في

Jeune BENDAHANE Chassila

*Rx des deux genoux D + G
FAP*

*222 x 2 = 250 x 2
= 500 DHS*

Rx Lombaire FAP

*225 x 270 DHS
Total = 770 DHS*

Dr. BEN REDDAD Chakir
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA
Tél : 022.87.06.00 : GSM : 963.48.69.63



الدار البيضاء، في : 06/11/2021 Casablanca, le :

June BENDAHMANE Ouassila

1/ Rx du genou Gauche. FAP

Compte rendu:

Ricement du compartiment interne
avec présence des ostéophytes sur le bord
interne tibial et condyle tibia.
Irregularité de la surface fémoro-
patellaire
gonarthrose avancée stade IV

2/ Rx du genou Droit FAP

Compte rendu:

Ricement postérieur du compartiment
postérieur
ostéophyte sur bord supérieur de la
patella
gonarthrose postérieure stade II-III
du genou DT

3) Rx Lombaire F+P

Compte rendu:

scoliose asymétrique avec prédominance
étage des espaces intervertébraux

ls-l4 ls-l5 et l5-S1, avec réduction
de lordose. Spontané thorac lombaire
diffuse et complète, pour un
syndrome lombaire

Dr. BEN REDDAD Chakir
Chirurgien Traumatologue
Orthopédiste
Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA
tél: 022.87.00.00 - GSM: 943.48.99.93