

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

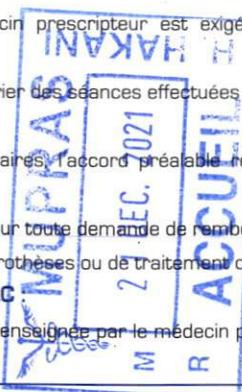
En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

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.

## ladie 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN 96886

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1939

Adresse : N° 56 Rue ASK ELILIE HAY ARAHA  
CASABLANCA

Tél. : ..... Total des frais engagés : 700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3/12/2021

Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fracture complete extra-articulaire  
Genu (Genou)

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 03/12/2021

#### 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
3/2/2021	C-S			 <b>Dr Anis ACHARGUI</b> Chirurgien Orthopédiste 2 Mars, Casablanca 16- INP 091170910

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ORTHOS SEP 05, Bd 2 Mars Km 5, Casablanca - TP: 34465339 - ICF: 00186001500008 Signature El Khair	3/12/21 6/3/21/21		PST			1000 DT 6000,00D

#### 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

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			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		00000000   00000000 35533411   11433553	G	
	B			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



## Ordonnance

Dr Azziz Azzal

Transport par ambulance

Domicile Centre Radical

Centre Radical Domicile.

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



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

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

03/12/2021

## Ordonnance

Facture N°: 2707/2021

Bénéficiaire : Mr Aziz Allal

organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
Pst	Pansement	2	50,00	100,00
		Total		100,00

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

ESPECES

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

ORTHO'S SCP  
105, Bd. 2 Mars Res. 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



## AMBULANCE INTERNATIONALE sarl

Siege : Numéro 5, Mosquée Al Kawtar,  
Commune Ouled Salah, Province de Nouaceur, Maroc

Tél : +212661622234 Email : [ambulance.internationale@gmail.com](mailto:ambulance.internationale@gmail.com) site web : [www.ambulance.internationale.com](http://www.ambulance.internationale.com)

Casablanca, le 03 Décembre 2021

*Patient Aziz Allal*

Facture N° 012/2021 AI/AA

Objet : transport du **Patient Aziz Allal**.

Transport en ambulance

Transport de Sidi Maarouf vers Deux Mars Aller Retour

Forfait 600 dhs

- *La présente facture est arrêtée à la somme de Six cent dirhams*
- *En votre aimable règlement*

A. Ouameur  
Général Manager

AMBULANCE INTERNATIONALE  
S.A.R.L  
Local N° 5, Mosquée Al Kawtar  
Commune Ouled Salah, Nouaceur  
Tél: 0522.39.39.04