

# 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.

## 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

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

N° M21- 0037506

☒ 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 : 1932  
Adresse : N° 56 Rue Ask EULIE HAY ARRANA CASABLANCA  
Tél. : Total des frais engagés : 700,00 Dhs

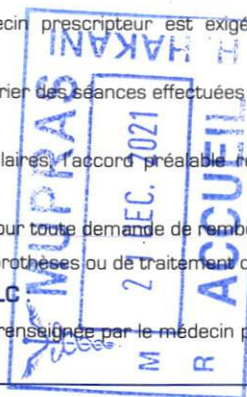
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Amis ACHARGUI  
Chirurgien Orthopédiste  
103 - 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910  
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 complète extrémité distale  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Genou (Genou)  
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 Le : 03 / 12 / 2021  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3/12/21         | C.S               |                       |                                 | Dr Anic ACHARGUI<br>Chirurgien Orthopédiste<br>105, 2 Mars, Casablanca<br>0522 81 81 16 - INP 091170910 |

# 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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins      | Nombre |     |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|---------------------|--------|-----|----|----|---------------------------------|
|  |                     | AM     | PC  | IM | IV |                                 |
| ORTHOS SUP<br>05, Bd 2 Mars Mes. primaire El Khair<br>Casablanca<br>TP: 34465339 - ICE: 0018660016000008 | 3/12/21<br>03/12/21 |        | Pst |    |    | 10000<br>6000,000 HTS           |

AMBULANCE INTERNATIONAL  
S.A.R.L.  
Local N° 5, Mosquée Al Kaddar  
Commune Ouled Saleh - Nouaceur  
Tel: 0522 39 39 09

# 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 canaux, 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<br>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>D</td> <td>G</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> </table> |                  |                     | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|                              | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                              | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | 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'EXECUTION



Date : 3/12/2021

## Ordonnance

Pa AZIZ ALAL

Transport for ambulance

Domicile Centre Redical

Centre Redical Domicile.

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

## 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

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



## 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