

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**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° W21-670797

98165

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 126940

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENJELLOUN REDA

Date de naissance :

01/01/1990

Adresse :

75 bis Allée chant des oiseaux

Hermitage, Casablanca

0662769863

Total des frais engagés : 4000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

Le : 25/12/2021

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
22/11/2011	C, S		<p>Dr ACHARGUI Chirurgien Orthopédiste INP : 105, 2d. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910</p> 	Dr ACHARGUI Chirurgien Orthopédiste INP : 105, 2d. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
		<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>					H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B	00000000	G	11433553
		H	21433552															
		25533412	00000000															
		D	00000000															
35533411	11433553																	
B	00000000																	
G	11433553																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

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

22/11/2021

## Ordonnance

**MR BENJELLOUN REDA**

- SHAVER CONMED 4,2
- TROSSE ORTHOPEDIQUE
- CACHE CAMERA
- 2 VIS D'INTERFERENCE RESORBABLES + JEU COMPLET

**AMAN MED sarl**  
Rue Soumaya Rés Shehrazade 3  
Elg 5 N°22 Casablanca

**Dr Anis ACHARGUI**  
Chirurgien Orthopédiste  
105, Avenue 2 Mars, Casablanca  
Tél 0522 81 81 16 - INF 091120910

**ORTHO-SPORT**  
Résidence Athlone 1  
14, Rue Salem Chedid, Casablanca  
Quartier des Hôpitaux  
Tél 0522 26 02 26 - Gsm: 0661 08 92 81



**AMAN MED**

MATÉRIEL MÉDICO-CHIRURGICAL

FACTURE F-2021-11-029

Nom , Prénom: BENJELLOUNE REDA

Date : 27/11/2021

Désignation	Quantité	Prix à l'unité	Coût
COUTEAU DE SHAVER	1	1100,00 MAD	1100,00 MAD
TROUSSE ARTHROSCOPIQUE	1	300,00 MAD	300,00 MAD
CACHE CAMERA	1	200,00 MAD	200,00 MAD
Total			1600,00 MAD

Arrêtée la présente facture à la somme MILLE SIX CENTS DIRHAMS

AMAN MED sarl  
Rue Soumaya Rés Shehrazade 3  
Bdg 5 N°22 Casablanca

Rue Soumaya Rés Shehrazade 3  
ETG 5 N° 22 Casablanca  
ICE : 002536374000096



FOURNITURES ET ACCESSOIRES  
MEDICALES CHIRURGICAUX  
الادوات الطبية و المعدات الجراحية

**BENJELLOUN REDA**

CASABLANCA

N° FACTURE	DATE	CODE CLIENT
2021-0444	22/11/2021	

B.C. N°

B.L. N°

CODE PRODUIT	QUANTITE	UNITE	DESIGNATION	P.UNITAIRE	MONTANT
	2		VIS D'INTERFERENCE BIORESORBABLE STERILE	1 200,00	2 400,00
			=	=	=

  

MONTANT HT	MONTANT TVA	MONTANT TTC	NET A PAYER
2 000,00	400,00	2 400,00	2 400,00



Arrêtée la présente facture à la somme de :

**DEUX MILLE QUATRE CENT DHS TTC**

Résidence Ambre 52, Rue Salem Cherkaoui - Mag N° 1 - Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
N° Compte Bancaire: 007 780 0002435000000264 94 AWB - R.C.Casa : 178617  
Patente N° 36391812 - C.N.S.S. N° 7731046 - I.F. N° 1108151 - E-mail : ortho-sport@menara.ma  
ICE 000001875000009 // Tél / Fax : +212 522 26 02 26



FOURNITURES MEDICALES ET ACCESSOIRES CHIRURGICAUX  
الادوات الطبية و المعدات الجراحية

BENJELLOUN REDA

CASABLANCA

N° DEVIS	DATE	CODE CLIENT
2021-0144	22/11/2021	

B.C. N°  
B.L. N°

CODE PRODUIT	QUANTITE	UNITE	DESIGNATION	P.UNITAIRE	MONTANT
	2		VIS D'INTERFERENCE BIORESORBABLE STERILE	1 200,00	2 400,00
			=	=	=

Arrêté le présent devis à la somme de :

**DEUX MILLE QUATRE CENT DHS TTC**

Résidence Ambre 52, Rue Salem Cherkaoui - Mag N° 1 - Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
N° Compte Bancaire: 007 780 0002435000000264 94 AWB - R.C.Casa : 178617  
Patente N° 36391812 - C.N.S.S. N° 7731046 - I.F. N° 1108151 - E-mail : ortho-sport@menara.ma  
ICE 00000187500009 // Tél / Fax : +212 522 26 02 26