

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ucation :

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.

## aire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## die 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

IPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données ctère personnel.

RAS : 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- 080979

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL  
Date de naissance : 1932  
Adresse : N° 56 Rue Osk ELILE HAY ARRAHA  
Tél. : Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Anis ACHARGUI  
Chirurgien Orthopédiste  
105, Bd 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910  
Date de consultation : 24/02/2022  
Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL Age: 82  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Fracture Compose extrême de la Diaphyse  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : (Gauche)  
Dans le cas où le malade 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 : 24/02/2022  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
24/2/22	ccs		300 DH	<b>Dr Anis ACHARGUI</b> Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél: 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
<b>ORTHOS S.P.</b> 105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Moukharraf Casablanca Tél: 34465339 - ICE: 00186001540084	24/2/22	230	300 DH

# 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<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		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EX



## Ordonnance

**Facture N°: 3366/2022**

Bénéficiaire : Mr Aziz Allal  
organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
CNS	Consultation : DR ACHARGUI ANIS	1	300,00	300,00
Rx	Radio	1	300,00	300,00
			Total	600,00

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

ESPECES

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

ORTHOSS SCP  
105, Bd. 2 Mars Rés. Ayman El Khail  
Casablanca  
P: 34465339 - ICE: 001860015000084



## Ordonnance

MR AZIZ ALLAL

- Radio du fémur gauche (F+P)



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



Centre de Traumatologie-Orthopédie  
et Chirurgie de Sport

مركز جراحة العظام و المفاصل  
و الجراحة الرياضية

Date : .....

24/02/2022

## Ordonnance

**MR AZIZ ALLAL**

**Compte Rendu Radiographie du FEMUR GAUCHE  
(F+P):**

- FRACTURE FEMUR DISTAL EN COURS DE CONSOLIDATION
- MATERIEL D'OSTEOSYNTHESE EN PLACE

**Dr Anis ACHARGUI**  
**Chirurgien Orthopédiste**  
105, Bd. 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 81 81 16 - INP 001178910

---

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc  
tél : 05 22 81 81 16- Fax : 05 22 81 81 17 - Email : orthosport@gmail.com



objet: Causes et circonstances

Je Soussigne M. AZIZ ALLAL, NLE 293, Retraité  
souffrant d'une Maladie de Parkinson.

Après avoir Terminer mes séances de Rééducation  
suite à une double Fracture à la Jambe Gauche, j'ai  
essayé de Faire un peu de Marche à l'intérieur de  
ma maison pour être plus autonome, mais mon  
pied Gauche s'est collé contre le sol, j'ai perdu l'équilibre  
et je suis Tombé.

Cela m'a causé encore une Fracture de l'Extrémité  
inférieure du Fémur **gauche**

Je Vous prie d'être compréhensible sur l'état de  
ma santé et de la Maladie de Parkinson qui  
me cause beaucoup de Problème.

Merci de votre compréhension.

M AZIZ ALLAL

10/9