

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-701141

*Mog*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5647 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELKHAÏEM WARDINE

Date de naissance : 11/1/1954

Adresse :

Tél. : 0665226560 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2019

Nom et prénom du malade : ELKHAÏEM WARDINE

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

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 7/4/2019

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**Dr. AHED KARIM**  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
Casablanca  
Tél: 0522 98 95 90  
Email: dr.karimahed@hotmail.com

**Dr. AHED KARIM**  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
Casablanca  
Tél: 0522 98 95 90  
Email: dr.karimahed@hotmail.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
21/02/2022	2		01	INP : 0522989595

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>ORTHOPLUS</b> Magasin N°1 Rue Colonel Gros Quartier des Hôpitaux Tél: 05.22.22.01.52 - 05.22.27.15 GSM: 06.58.91.02.55 ICE: 000001197000079	22/02/2022	1201,00 DHS

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

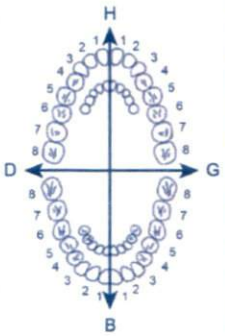
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

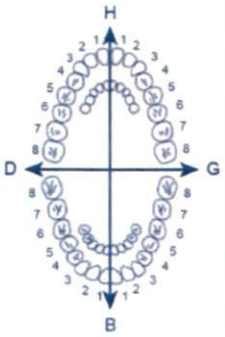
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS D'ENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B
H	25533412	21433552										
D	00000000	00000000										
G	00000000	00000000										
B	35533411	11433553										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





صحة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOCK

**ORDONNANCE**

Dr. KARIM KARIM

Casablanca, le 11/02/2022

- 2 vis supérieurs 3.1
- + 2 mandibulaires
- 1 Trousse

**ORTHOPLUS**  
Magasin N°1 Rue Colonel Gros,  
Quartier des Hôpitaux  
Tél: 05.22.21.36.01 - Fax: 05.22.21.36.67  
CEM: 06.58.22.25  
ICE: 000001197000079

CLINIQUE AIN CHOCK  
510, Avenue 2 Mars / Haddaouia  
Tél: 0522 21 21 88 / Fax: 0522 21 64 68  
Dr. AHED KARIM  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
18, Bd Abdelmoumen Imam "Ghan Center"  
Casablanca - Tél: 0522 98 93 90



Casablanca, le 22 Février 2022

**VENTE AU COMPTOIR**  
**ACHRAF EL KHAIER**

**FACTURE N°067/2022**

**BL N°10142**

REF	DESIGNATION	QTE	P.U TTC	P. TOTAL
309628-14	Vis à spongieux D:4 F/C L:28mm	01	200.00	200.00
309630-14	Vis à spongieux D:4 F/C L:30mm	01	200.00	200.00
309699	Rondelle pour vis D:3,5	02	149.00	298.00
	Trousse de Hanche	01	500.00	500.00
TOTAL TTC			<b>1 198.00</b>	
Dont TVA 20% =			<b>199.67</b>	
Droit de Timbres Fiscaux (0,25%) =			<b>3.00</b>	
NET A PAYER			<b>1 201.00</b>	

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE DHS TTC :**  
**MILLE DEUX CENT UN DIRHAMS**

**ORTHOPLUS Sarl**

**ORTHOPLUS**  
Magasin N°1 Rue Colonel Gros,  
Quartier des Hôpitaux  
Tél: 05.22.27.36.01 - Fax: 05.22.27.36.67  
GSM: 06.58.95.62.15  
ICE: 06686115700079