

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

Déclaration de Maladie : Nº S19-0002067

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : RANT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNAI, KHALID Date de naissance : 22/11/74

Adresse :

Tél. : (06)62-12-5858 Total des frais engagés : 875,000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26.07.2022

Nom et prénom du malade : Ben Nani Khalid Age : 48 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Doulour Thrombose

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

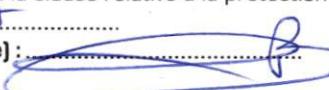
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 07/08/2022

Le : 26/07/22

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
26/07/22	CCS		300 DH	DR BENNANI FAYCAL TRAUMATO-ORTHOPÉDIE CHIRURGIE DU SPORT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr BENNANI FAYCAL TRAUMATO-ORTHOPÉDIE CHIRURGIE DU SPORT	26/07/22	274,22

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ORTHO SIDI 105, Bd. 2 Mars Rés. Aymal Casablanca TP: 34465339 - ICE: 00186991500004	26/07/22	230	300 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient des Travaux
	D 00000000			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

ORTHO

Groupe de Chirurgie
et de Traumatologie



Date : / /

26/07/2022

ISOPHARM

NEWFLEX

COOLING GEL

99.90 DH

nnance

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr ACHARGUI . A

Chirurgien

Orthopédiste

Dr BENNANI . F

Chirurgien

Orthopédiste

MR BEN DAOUD KHALID

مصحة مولوي بربضن 1^{er}

Pharmacie My Idriss 1^{er}

Mme. Sbaï Bouchra

60, Bis Bd Moulay Ismaïl 1^{er}

Casablanca - Tél: 0522 28 04 05

X Esac 40 mg

1 Gélule, MATIN avant le repas, pendant
14 jours

144,30

• ISOX 200 mg

1 Comprimé, soir, pendant
pendant 14 jours

30,00

• SEDALGIC

1 comprimé, 3 fois par jour
pendant 07 jours

• Newflex Cooling Gel

1 application, matin, midi et soir sans
masser pendant 21 jours

25,50

274,20

مصحة مولوي بربضن 1^{er}

Pharmacie My Idriss 1^{er}

Mme. Sbaï Bouchra

60, Bis Bd Moulay Ismaïl 1^{er}

Casablanca - Tél: 0522 28 04 05

LOT 220390
EXP : 05/2024
PPV : 30,00DH

L Q T 2 1 0 0 6
P E R 0 7 / 2 4
P P V 1 4 4 D H 3 0

144,30

Dr. BENNANI YAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
INPE 091166660
105, Bd. 2 Mars, RDC
Casablanca

105, Avenue 2 Mars, Casablanca - Maroc

Tél : 0522 81 81 16 - 0522 81 81 17 - Email : orthosport@gmail.com



Groupe de Chirurgie Orthopédique
et de Traumatologie du Sport

Date : / /
26/07/2022

Ordonnance

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien
Orthopédiste

Dr ACHARGUI . A
Chirurgien
Orthopédiste

Dr BENNANI . F
Chirurgien
Orthopédiste

MR BEN DAOUD KHALID

-Rx du thorax (FACE).



Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIQUE
INPE 02 Mars, RDC
105, Bd. Casablanca
UG 1166660

105, Avenue 2 Mars, Casablanca - Maroc

Tél : 0522 81 81 16 - 0522 81 81 17 - Email : orthossport@gmail.com



Groupe de Chirurgie Orthopédique
et de Traumatologie du Sport

Date : / /

26/07/2022

Ordonnance

Dr MAHRAOUI M.A

Chirurgien
Orthopédiste

Dr ACHARGUI A

Chirurgien
Orthopédiste

Dr BENNANI F

Chirurgien
Orthopédiste

MR BEN DAOUD KHALID

Rx thorax (Face)

- Fissure au niveau des arcs antérieurs des 5èmes et 6èmes côtes droites et gauches.
- Absence d'autres lésions osseuses d'allure traumatique.
- Absence de luxation au niveau des différentes articulations.
- Légère déminéralisation osseuse.



105, Avenue 2 Mars, Casablanca - Maroc
Tél : 0522 81 81 16 - 0522 81 81 17 - Email : orthossport@gmail.com

26/07/2022



مركز جراحة العظام والمفاصل والجراحة الرياضية
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

FACTURE N°1007/2022

Nom : BEN DAOUD KHALID

Organisme : MURAS

CONSULTATION : Dr BENNANI FAYÇAL	01	300,00
RADIOGRAPHIE	01	200,00

TOTAL=		500 ,00

Arrêtée la présente facture à la somme cinq dirhams.

Type de règlement : ESPÈCES.

ICE :001860015000084 / TP :34465339 / IF :24858296.

ORTHOS SCP
105 Bd 2 Mars Rdc Ajmane El Khair
Casablanca
TP:34465339 . ICE:001860015000084