

## 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 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.

### 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 Étage 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° W21-681534

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BENDAOUD KHALID

Nom & Prénom : BENDAOUD KHALID

Date de naissance : 22/11/74

Adresse :

Tél. : (06) 624 12 58 58 Total des frais engagés : 2289,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. BENNANI FAYCAL TRAUMATO-ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT

Date de consultation : 03/11/2022

Nom et prénom du malade : Bendaoud Mohamed Toha Age:

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

Nature de la maladie : Entorse cheville gauche

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 : 04/11/22

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
3/11/22	CS		3000DH	Dr. BENNANI FAYCAL TRAUMATO ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Cité Addamane Dr. Majda HACHAMI Bd. Dakhla Hay Inara Résidence Addamane Dona - Casablanca Tél: 34465330	03/11/22	232,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ORTHOS SCP 05, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khail Casablanca TP: 34465330	3/11/22	230	305DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORTHOS SCP 05, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khail Casablanca TP: 34465330	3/11/22		plâtre			1200DH
	3/11/22		Bequilles			250DH

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>																
O.D.F 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pfizer

**CELEBREX**  
200 mg  
CELECOXIB  
20  
GÉLULES

Lot. GH8847V3

P.P.V. : 150.00

Exp. 03 2025

Date : ..... / ..... / .....  
03/11/2022

LOT 22005  
PER 03/24  
PPV 320H10

## Ordonnance

**MR BENDAUD MOHAMED TAHA**

**Dr MAHRAOUI M.A**  
Chirurgien  
Orthopédiste

82,10

• **Esac 20 mg**

1 Gélule, matin, pendant 14 jours

150,00

• **Celebrex 200 mg**

1 Gélule, soir, pendant le repas, pendant 05 jours

**Dr ACHARGUI . A**  
Chirurgien  
Orthopédiste

→ **Newflex Cooling Gel**

1 APPLICATION, matin, midi, soir

**Dr BENNANI . F**  
Chirurgien  
Orthopédiste

→ • **Glaçage**

30 min le soir

232,10

**Dr. BENNANI FAYCAL**  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
INDE 091160660  
105, Bd. 02 Mars, RDC  
Casablanca

Pharmacie C. Addamane  
Dr. Majda EL CHAMI  
Bd. Dakhla Hay Inara Résidence  
Addamane Doha - Casablanca  
Tél / Fax : 0522 21 34 90

Après  
ablation on  
putre



03/11/2022

## Ordonnance

FACTURE N°4026/2022

Nom : BENDAOUD MOHAMED TAHA

Organisme : MUPRAS

CONSULTATION : Dr BENNANI FAYCAL	01	300,00
RADIOGRAPHIE	01	300,00
PLÂTRE	01	1 200,00
BEQUILLES	01	250,00

TOTAL= 2 050,00

Arrêtée la présente facture à la somme de Deux mille cinquante dirhams.

Type de règlement : ESPÈCES.

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

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

# ORTHOS



Groupe de Chirurgie Orthopédique  
et de Traumatologie du Sport

Date : ...../...../.....  
03/11/2022

## Ordonnance

**MR BENDAOU MOHAMED TAHA**

**Dr MAHRAOUI M.A**

**Chirurgien**

**Orthopédiste**

**Dr ACHARGUI . A**

**Chirurgien**

**Orthopédiste**

**Dr BENNANI . F**

**Chirurgien**

**Orthopédiste**

-Rx de la cheville gauche (F+P)



**DR. BENNANI FAYCAL**  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
N°PE 091165560  
105, Bd. 20 Mars, KDC  
Casablanca

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthosport@gmail.com

## Ordonnance

**MR BENDAOU MOHAMED TAHA**

Dr MAHRAOUI M.A  
Chirurgien  
Orthopédiste

Dr ACHARGUI . A  
Chirurgien  
Orthopédiste

Dr BENNANI . F  
Chirurgien  
Orthopédiste

Radiographie de La Cheville Gauche (Face + Profil) :

- Absence de lésion osseuse traumatique.
- Les segments osseux sont de morphologie normale.
- Absence de luxation au niveau des différentes articulations.
- Légère déminéralisation osseuse.

**Dr. BENNANI FAYCAL**  
TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE  
INPE 091166660  
105, Bd. 02 Mars, RDC  
Casablanca

A Casa le 04/11/22.

Patente: 10330

Objet: Cause circonstanciée.

Sité à un tacle en terrain de foot, mon fils  
BENDAOUD Ned- TAHA a eu une entorse de sa cheville  
gauche (au niveau du ligament) qui a nécessité la  
mise en plâtre du pied pour une durée de 21 J.  
Cet accident est survenu le 03 NOV 2022.



K. BENDAOUD