

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0050893

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. GUERCIET M.
 Date de naissance : 10-08-1965
 Adresse : Cité TRAVIA, N°09 Rue Rachid K.
 Tél : 06 74 00 74 11 Barrechid
 Total des frais engagés : 896,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/2023
 Nom et prénom du malade : BEN FARAS Amina Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lombalgie
 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 :

Le : 26/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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

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
22/09/23	C		700 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22.09.23	496,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/09/23	MALIC	200 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(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

عيادة الدكتور أنيس البيطيل

Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie prothétique
Arthroscopie
Chirurgie du sport



أمراض وجراحة العظام و المفاصل
جراحة تقويم المفاصل
الجراحة بالمنظار
الجراحة الرياضية

Cabinet Dr Aniss Elbaitil

Ordonnance

Date 22/09/23

9. RENFADA) ALINA

82.40

11 Dolicx 12 7h



PPV: 86DH40
PER: 06/26
LOT: M2012

86.40

puis

Dolicx 9. 7h



22.00 x 3

21 Gadal



2h x 2h 15

LOT 230177
EXP 01/26
PPV 204DH00

204.00

31 GADDEX 7h

2h x 2h 15

PPV: 87DH40
PER: 06/26
LOT: M2013

52.80

41 AULCED 2 7h

le soir



AMM N°: 569/17 DMP/21/NRO
LOT: 22118
PER: 03/2025
PPU: 52,80 DH

TOTAL

AMM N°: 569/17 DMP/21/NRO

زاوية زلفة يعقوب المنصور - عمارة الحاج أحمد مدخل B رقم 4 برشيد

496.60

Bd Mohammed 5 - Angle Rue Yaacoub Mansour - Imm Haj Ahmed Elbaitil
aniss.elbaitil@gmail.com - Tel: 05 22 03 02 37

ANISS ELBAITIL
Traumatologie - Orthopédie
Chirurgie prothétique
Arthroscopie
Chirurgie du sport

22,00



22,00



22,00



عيادة الدكتور أنيس البيطيل

Traumatologue - Orthopédiste
Chirurgie Prothétique
arthroscopie
chirurgie du sport



أمراض و جراحة العظام و المفاصل
جراحة تقويم المفاصل
الجراحة بالمنظار
الجراحة الرياضية

Cabinet Dr Aniss Elbaitil

COMPTE RENDU+FACTURE

Date :

DATE : 22/09/2023.

Nom : BENFARAJ AMINA

<i>Radiographie du Rachis lombaire de face.</i>	200 DHS
<p><u>Compte rendu :</u></p> <p>LOMBARTHROSE.</p>	

Dr. Aniss EL BAITIL
Chirurgien Orthopédiste - Traumatologue
N°4, Rue Yaacoub El Mansour - Berrechid
N°PE: 061233821

شارع محمد الخامس - زاوية زينة يعقوب المنصور - عمارة الحاج أحمد مدخل B رقم 4 - برشيد
Bd Mohamed 5 - Angle Rue Yaacoub Mansour - Imm Haj Ahmed Entrée B N° 4 - Berrechid
aniss.elbaitil@gmail.com - Tél : 05 22 03 02 31