

RÉCOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

N° W21-818599

187697

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10300	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RIDAOUI RAHIMA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0668 27 47 83	Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
<i>DR. BENNANI FAICAL</i>	
<i>TRAUMATO ORTHOPÉDIE</i>	
<i>CHIRURGIE DU SPORT</i>	
Date de consultation :	20/12/2023
Nom et prénom du malade :	Ridaoui Rahima
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : *DR BENNANI FAICAL* Le : *20/12/2023*
Signature de l'adhérent(e) : *Ridaoui Rahima*



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
29/12/23	co		350.00's	INP : 03AN16
				DI. BENNANI FAYC UMATO ORTHOPÉDIQUE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>FARMACIE DU MRS. JAMRA 61, Avenue 2 TÉL : 05</i>	20/12/2023	483,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
ORTHOS SCP 105, Bd 2 Mars Rés. Aymane El Khayat Casablanca TLE: 00186001500094	20/12/23	Inj: ftntri				600.00	

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	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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G												
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	35533411	11433553												
	B													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														



Date : 20/12/2023 /

Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمقاييس
والجراحة الرياضية

Ordonnance

MME RIDAOUI RACHIDA

- Esac 40 mg
1 Gélule, avant le repas du matin pendant 20 jours
- CELEPHI 200
1 Comprimé, soir, pendant le repas, pendant 20 jours
- Codoliprane 400 mg / 20 mg
2 comprimés, matin, soir, pendant 10 jours
- DUORELAX
2 Comprimés, MATIN et SOIR, pendant le repas, pendant 10 jours
- NEWFLEX WARM GEL
1 APPLICATION, matin , midi , soir, pendant 21jours

~~PHARMACIE DU JASMIN
Mme LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 17~~

~~PHARMACIE DU JASMIN
Mme LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 17~~

~~الطبقة الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 17~~

*Dr. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
CHIRURGIE DU SPORT*

*ISOPHARM
NEWFLEX
WARM-UP
94.80 dhs*



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

Date : 20/12/2023 /

Ordonnance

MME RIDAOUI RACHIDA

4EME DOIGT A RESSAUT AU NIVEAU DE LA MAIN DROITE.

INDICATION

FAIRE UNE INFILTRATION DE CORTICOIDES ET REVOIR
DANS 3 SEMAINES.

DR. BENNANI FAYCAL
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE
CHIRURGIE DU SPORT



Date : 20/12/2023 /

Centre de Traumatologie-Orthopédie مركز دراسة العظام والهشاشة
et Chirurgie du Sport والجراحة الرياضية

Ordonnance

Facture N°: 1735/2023

Bénéficiaire : Mme Ridaoui Rachida
organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
CNS	Consultation : DR BENNANI FAYCAL	1	350,00	350,00
IFL	INFILTRATION	1	600,00	600,00
		Total		950,00



Arrêté le présent document à la somme de :
neuf cent cinquante dirham(s)

ESPECES

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

ORTHO'S SCP
105, Bd. 2 Mars Rés. Almane El Khair
Casablanca
TP: 34465339 - ICE: 001860015000084