

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040738

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELMALEK

Date de naissance : 01/08/53

Adresse : 15, Rue El Caïd Ahmed casa

Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : 1394,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2020

Nom et prénom du malade : CHRAÏBI ABDELMALEK Age :

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

Nature de la maladie : Affection orthopédique

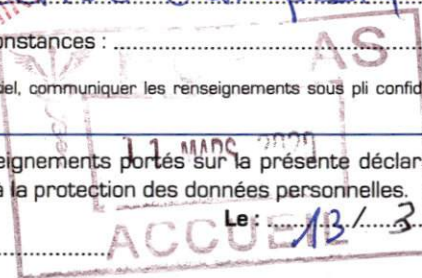
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : casa Le : 12/3/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

21/02/2020	CS		200	<b>DR. BENNANI FAYCAL</b> TRAUMATO-ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT TRAUMATO-ORTHOPEDIE CHIRURGIE DU SPORT
03/03/2020	CS			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

	21/02/2020	367,60
	03/03/2020	326,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

	31/03/2020	R60	500 dh
--	------------	-----	--------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

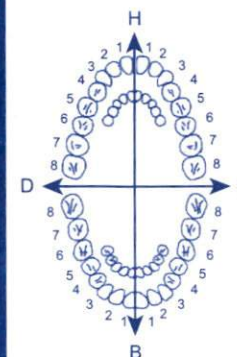
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

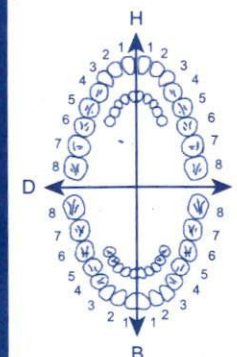
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



# ORTHOSS



Centre de Traumatologie-Orthopédie  
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمفاصل  
والجراحة الرياضية

Date : 03/03/2020

## Ordonnance

MR CHRAIBI ABDELMALEK

- **Esac 20 mg**  
1 Gélule, matin, avant les repas, pendant , 1
- **Celebrex 200 mg**  
1 Gélule, matin, après les repas, pendant , 15 jours
- **SEDALGIC**  
1 comprimé, matin, soir, après les repas, pendant ,
- **Voltarene emulgel 1%**  
1 application, matin, midi, soir, sans masser pendant 21 jours

86.90  
19/03/21  
PPV: 86.90

Lot: 1284155 P.P.V.: 50.00  
Exp. 150.00

191461  
09-21  
30.00 DH

LOT: M0356  
EXP: JUN 2022  
PPV: 60.00 DH

PHARMACIE LMV  
Dr. Mohamed LAHLOU  
26, Bis Rue Salomon  
Angle Rue de Rome - Casa  
Tél: 05 22 81 43 95  
Fax: 05 22 81 43 91  
RC: 318483 - N: 15844983

Dr. BENNANI FAYÇAL  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE  
CHIRURGIE DU SPORT



# ORTHO



Centre de Traumatologie-Orthopédie  
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام والمفاصل  
والجراحة الرياضية

Date : ..... / ..... / .....  
21/02/2020

## Ordonnance

Dr. CHRAÏBI ABDELMALEK

**Arcoxia 90 mg**

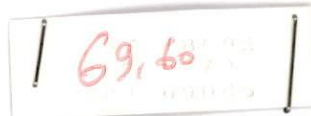
1 Comprimé, matin, après les repas, pendant, 14 jours

**Doltram**

1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant, 10 jours

**Riacen 1%**

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



Dr. CHRAÏBI ABDELMALEK  
TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE  
CHIRURGIE DU SPORT

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

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



# Ordonnance

CHIRIĞI AROSLMALEN

Suspicion d'une lésion musculaire  
au niveau du bras gauche

→ Electronographie des parties molles.

**RADIOLOGIE MAARIF**  
RADA M. BENYAHIA  
Mohamed Bahi  
35 74 82

ADA M. BENTH  
Ahmed Bahi

7, Rur Mohamed  
0522 25 74 82

Tél : 0522 25 74 82  
0522 23 17 92

Rur MO  
Tél : 0522 25 74 00  
Fax : 0522 23 17 00



# CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 03/03/2020

## Facture

Nom & Prénom : **CHRAIBI ABDELMALEK**

Date d'examen : 03/03/2020

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE PARTIES MOLLES	
Montant TOTAL	500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

**RADIOLOGIE MAARIF**  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed BAH  
Tél : 0522 257482  
Fax : 0522 237705

17, Rue Mohamed BAH (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-  
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



R/S

Casablanca , le 03/03/2020

**Mr. CHRAIBI ABDELMALEK**

**ECHOGRAPHIE DES PARTIES MOLLES :**

- Aspect épaissi de la portion terminale du tendon de la longue portion du biceps mesurant 10 mm d'épaisseur maximale, d'échostructure hypoéchogène hétérogène, sans signe d'hyperémie au doppler couleur et sans signe de rupture.
- Absence de collection au d'hématome.
- Pas d'anomalie des parties molles.

**AU TOTAL :**

- **TENDINITE DE LA LONGUE PORTION DU BICEPS GAUCHE.**

**Dr.BENYAHIA Z**

**Avec mes amicales salutations.**

RADIOLOGIE MARI  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17 Rue Mohamed VI  
Tél: 0522 43 77 82  
Fax: 0522 23 77 05