

# 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.

## Diagnostique 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](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)

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- 0012326

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26680**

Matricule : **1374** Société : **R. A. M.**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **NAJI LEKBIR** Date de naissance : **01/06/1950**

Adresse : **HAY LALLA MENIEM BLOC 129 N°39**

Tél : **06 41 13 72 78** Total des frais engagés : **1014 DHS** DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEN REDDAD Chakir  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA  
Tél. 022.87.88.06 GSM. 063.48.69.63

Date de consultation : **11/08/2020**

Nom et prénom du malade : **HMALA KADIRA** Age :

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

Nature de la maladie : **Spondylolisthésis (Tal de vertèbre)**

En cas d'accident précisant 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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

## Déclaration de maladie N° P19- 0012326

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **1374**

Nom de l'adhérent(e) : **NAJI**

Total des frais engagés : **1014 DHS**

Date de dépôt : .....



# 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
11/03/20	V2		20045	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/2020	207,50
	13/04/2020	87,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/03/20	255	240243
	16/4/20	34	200

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

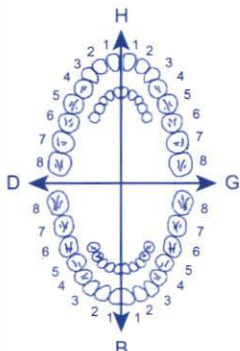
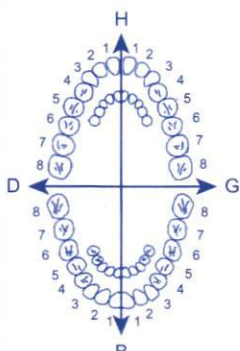
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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																	
	<table><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>D</td><td>G</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></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXEC

**BEN REDDAD Chakir**

Chirurgien Traumatologue

Orthopédiste

Chirurgie de la Main

Chirurgie du Rachis

Tél. : 05 22 87 06 06

GSM : 06 63 48 69 63

**الدكتور بن الرداد شاكر**

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد

جراحة العمود الفقري

الهاتف : 05 22 87 06 06

المحمول : 06 63 48 69 63

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 17/03/20 : في : الدار البيضاء

PHARMACIE AL FALAH  
صيدلية الفلاح  
Tél: 0522 70 49 61

PHARMACIE AL FALAH  
صيدلية الفلاح  
Tél: 0522 70 49 61

June Hmols Metrine  
20  
Colapex D3  
12b  
cure forte (2mois)  
1.36,50 10mg/sem  
Alyx 25mg

PHARMACIE AL FALAH  
صيدلية الفلاح  
Tél: 0522 70 49 61  
207,50

r. BEN REDDAD Chakir  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
In Chock Rue 81 N°7 - CASA  
Tél: 05 22 87 06 06 - GSM: 06 63 48 69 63



HAJAT JABIDAMRAH4  
Sampul 16.16.13  
1904-05 2300 TBT

Lot:	19F093
Per:	04/2021
PPV:	136DH50

PPV	
LOT	
PER	28/80

PPV: 49.60 DH
LOT: 19L02/B
EXP: 12/2022

PPV: 49.60 DH
LOT: 19L02/B
EXP: 12/2022

PPV: 49.60 DH
LOT: 19L02/B
EXP: 12/2022

DR. BEN REDDAD Chakir

Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
Chirurgie de la Main  
Chirurgie du Rachis  
Tél. : 05 22 87 06 06  
GSM : 06 63 48 69 63

الدكتور بن الرداد شاكر

جراحة العظام والمفاصل  
جراحة اليد  
جراحة العمود الفقري  
الهاتف : 05 22 87 06 06  
المحمول : 06 63 48 69 63

ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/04/20 : الدار البيضاء, في :

Dr. Ben Reddad Chakir

Dr. Ben Reddad Chakir

PHARMACIE AL FALAH  
صيدلية الفلاح  
Tél: 0522 70 49 61

218004

Aspirine 100 mg (3 mois)

1720

Boîte à l'usage

PHARMACIE AL FALAH  
صيدلية الفلاح  
Tél: 0522 70 49 61

Dr. BEN REDDAD Chakir  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste

Ain Chock Rue 81 N° 7 - CASA  
Tél.: 022.87.06.06 - GSM: 063.48.69.63

ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E004  
PER.:06 2021



ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E004  
PER.:06 2021



ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E004  
PER.:06 2021



ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V : 21DH80  
LOT : 19E005  
PER.:06 2021



DR. BEN REDDAD Chakir

Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
Chirurgie de la Main  
Chirurgie du Rachis  
Tél. : 05 22 87 06 06  
GSM : 06 63 48 69 63

الدكتور بن الرداد شاكور

جراحة العظام والمفاصل  
جراحة اليد  
جراحة العمود الفقري  
الهاتف : 05 22 87 06 06  
المحمول : 06 63 48 69 63

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/04/20 ..... : الدار البيضاء, في :

pour Amal Kabir

CRP VS

Dr. BEN REDDAD Chakir  
Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
4th Chock Rue 81 N° 7 - CASABLANCA  
Tél. : 022.87.06.06 - GSM : 063.48.69.63

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Avenue du Phare Résidence KEN Z  
N° 5 - Racine Extension Bourgoine  
Tel 05 223687 49/54 Casablanca

DR. BEN REDDAD Chakir

Chirurgien Traumatologue  
Orthopédiste  
Chirurgie de la Main  
Chirurgie du Rachis  
Tél. : 05 22 87 06 06  
GSM : 06 63 48 69 63

الدكتور بن الرداد شاكِر

جراحة العظام والمفاصل  
جراحة اليد  
جراحة العمود الفقري  
الهاتف : 05 22 87 06 06  
المحمول : 06 63 48 69 63

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 11/03/20 : الدار البيضاء, في :

Mme Hmalo Nabir

- Rx lumbaire AP

Compte rendu :

Laminectomie L1, L2, L3  
fracture pathologique du  
a l'ostéoporose du mal de  
bott L2 réduction possible  
de l'os, spondylolithe  
laminectomie révisée par osté



presse diffus

r. BEN REDDAD Chakir

Chirurgien Traumatologue

Orthopédiste

Aïn Chock Rue 81 N°7 - CASA

tél.: 022.87.06.06 - GSM: 063.48.69.63

DR. BEN REDDAD Chakir

Chirurgien Traumatologue

Orthopédiste

Chirurgie de la Main

Chirurgie du Rachis

Tél. : 05 22 87 06 06

GSM : 06 63 48 69 63

الدكتور بن الرداد شاكِر

جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد

جراحة العمود الفقري

الهاتف : 05 22 87 06 06

المحمول : 06 63 48 69 63

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 17/3/20 : الدار البيضاء, في

Dr. Amel Melina

Dr. Amel Melina

Dr. Amel Melina

Dr. BEN REDDAD Chakir

Chirurgien Traumatologue

Orthopédiste

Ain Chock Rue 81 N°7 - CASA

Tél. : 022.87.06.06 - GSM : 063.48.69.63

**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES**

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

**FACTURE N° : 2004160011**

Casablanca le 16-04-2020

Prescripteur : Dr CHAKIR BEN REDDAD

**Mme HMALA Kabira**

Demande N° 2004160011

Date de l'examen : 16-04-2020

Correspondant : FALAH

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0223	VS	B30	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham s

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi  
Résidence KENZ  
Racine Extension Bourgogne  
Tél : 05 22 36 87 49/54 - Casablanca