

# 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.

## Biologie 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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.

33197

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 : 01/06/53

Adresse : 15, Rue El Saïd Ahmed Cas

Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : 169 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BENNANI FAYCAL**

**TRAUMATO-ORTHOPÉDIE**

**CHIRURGIE DU SPORT**

Date de consultation : 14/07/2020

Nom et prénom du malade : Chraïbi Abdelmalek Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements dans un 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

Signature de l'adhérent(e) : allal

Le : 14/07/2020

## 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
14/07/2020	CS	9		DR. FAYCAI CHIRURGIE DU POMATO-ORTHOPÉDIE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/2/2021	169,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	17/07/2020		Infiltatice			ORTHO SCA 105, Bd 2 Mars Casablanca ICE-00186601500008

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE



Centre de Traumatologie-Orthopédie **Orthos**  
et Chirurgie du Sport

Date : 14/07/2020 / .....

## Ordonnance

Facture N°: 1577/2020

Bénéficiaire : Mr Chraibi Abdelmalek  
Mr CHRAIBI ABDELMALEK

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
<b>Pharmacie-Actes</b>				
IFL	INFILTRATION	1	600,00	600,00
		Total		600,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
six cents dirham(s)

*ORTHOS SEP*  
105, Bd 2 Mars Rés. Aymane El Khair  
TP: 34465339 - ICE: 001860015000884  
TP: 34465339



Centre de Traumatologie-Orthopédie مركز جراحة العظام والمفاصل  
et Chirurgie du Sport واجراة الارياضية

Date : ..... / ..... / .....  
14/07/2020

## Ordonnance

MR CHRAIBI ABDELMALEK



PPV: 169DH00  
PER: 12/22  
LOT: 12772-2

- DOLICOX 90 mg  
1 Comprimé, matin, après le repas, pendant ,14 jours

169.90

+ GLACAGE (30 min),

Dr. BENNAZ FAYCAL  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
INPL. Bd. 02 Mars. RDC  
105. Bd. 02 Mars. RDC  
Casablanca