

* 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 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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-516686

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 293 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : M AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1932

Adresse : N° 56 Rue NEKKELLE HAY ARRAHA

CASA

Tél. : Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél. 0522 81 81 16 - INP 091170910

Date de consultation : 10/02/2020

Nom et prénom du malade : M AZIZ ALLAL Age :

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

Nature de la maladie : Fracture fémoro-humérale

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

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



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-516686

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 : 293

Nom de l'adhérent(e) : AZIZ ALLAL

Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

Date de dépôt : 10/02/2020

[illegible][illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>chrak TRIRACHOU</p> <p>Kinésithérapeute</p> <p>05 Bd 2 Mars, RDC, Casablanca</p> <p>Tel : 0522 81 81 16 / 17</p>	12					2400.00

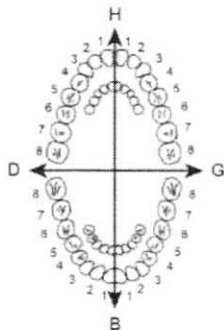
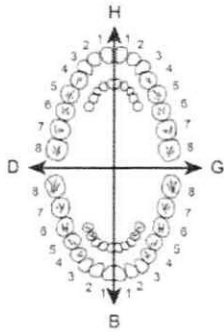
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 06/01/2020

Dr ALLAL Aziz

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

fracture Per trochantérienne G
sur un terrain Per kinsman (doubt)

fermé SUR 15 points de réduction
de la main et Genu :
- Immobilisation passive
- Renforcement musculaire
- Kinesio feedback
- Vertébralisation + Reoppression
de la chaîne en Appui total

Nonhad KHALIL
KINÉSITHÉRAPEUTE
Lot. El Fath 1, A. 37
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél/Fax : 05 22 78 72 47

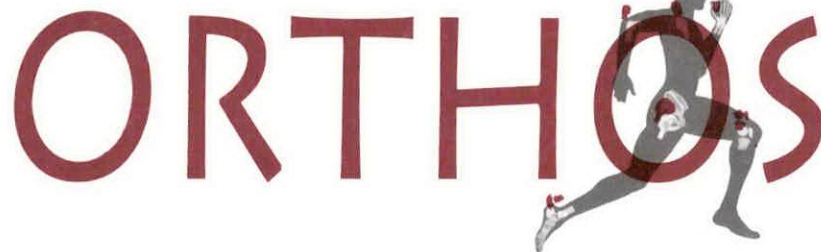
Dr Anis ACCHAROU
Chirurgien Orthopédiste
Casablanca
Tél: 05 22 81 21 20 - 09 99 17 09 91
P. ACCHAROU

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV) : Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام و المفاصل
و الجراحة الرياضية

Facture

Nom et Prénom : ALLAL Aziz

Casablanca le : 10/02/2020

Natures des Actes	Honoraires
12 Séances de rééducation pour fracture perithrocontérienne :	
15/01/2020	200,00DHS
18/01/2020	200,00DHS
20/01/2020	200,00DHS
22/01/2020	200,00DHS
25/01/2020	200,00DHS
27/01/2020	200,00DHS
29/01/2020	200,00DHS
01/02/2020	200,00DHS
03/02/2020	200,00DHS
05/02/2020	200,00DHS
08/02/2020	200,00DHS
10/02/2020	200,00DHS
Total	2400,00DHS

ORTHOS SCP
105 Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair
Casablanca
Tél: 34765339 - ICE: 001860015000084

VOS PROCHAINS RENDEZ-VOUS

OK le 15/01/20 à 18h00

OK le 03/02/20 à 18h00

(78)

OK le 18/01/20 à 9h00

OK le 05/02/20 à 18h00

OK le 20/01/20 à 18h00

OK le 08/02/20 à 9h00

OK le 22/01/20 à 18h00

OK le 10/02/20 à 18h00

OK le 25/01/20 à 9h00

le/...../..... àh.....

OK le 27/01/20 à 18h00

le/...../..... àh.....

OK le 29/01/20 à 18h00

le/...../..... àh.....

OK le 01/02/20 à 9h00

le/...../..... àh.....

le/...../..... àh.....

le/...../..... àh.....

Mr. AZIZ

ALLAL