

## 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 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 |

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-516686

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 293

Société :

ROYAL AIR MAROC  
RETRAIT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M AZIZ ALLAL

Date de naissance : 1938

Adresse : N° 56 Rue Nesk Ellile Hay Arraha  
Casab

Tél. :

Total des frais engagés : 21000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 19/02/2020

Nom et prénom du malade : M AZIZ ALLAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture fémoro-chondrienne

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :



### 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

Total des frais engagés : 21000,00 Dhs

Date de dépôt : 19/02/2020

## **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
10/12/22	6.5		Co	INP Dr Aris ACTE N° 10 Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca 0522818116 - INP 091170910

AIRES	Cachet et signature du Médecin attestant le Piement des Actes
	INP : 15
Dr Amal ACHOUR Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170918	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
chak TRIRACH Kinésithérapeute 05/08/04-2 Mars RDC Casablanca Tel. 0522 8116/17	12 séances 105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Kharr Casablanca	12				2400.00 50015000084

12 séances  
**ORTHOS SCP** 24.00.-  
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khairi  
Casablanca Dts  
TP: 24465339 - ICE: 001860015000084

## 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 :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25633412 00000000	21433552 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
D	00000000	35533411	00000000	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
G				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
B				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le,

04/01/2020

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

Dr ALLAL AZIZ

function Par trochokinism G  
sur un terrain Par kinésiologie (douleur)

ferme SUR 15 secondes  
de la hanche + genou :

- Mobilisation passive

- Rupture de tension

- Nerve feedback

- Vertèbre selon Reoprost Serrage  
de la hanche en Hyper flexion

# ORTHO'S



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
<b>Total</b>	<b>2400,00DHS</b>

  
**ORTHOS SCP**  
105 Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair  
Casablanca  
T.P: 34465339 - ICE: 001860015000084

# VOS PROCHAINS RENDEZ -VOUS

OK le 15/01/20 à 18 h 00 OK 03/02/20 18 h 00 (78)

OK le 18/01/20 à 9 h 00 OK 05/02/20 à 18 h 00

OK le 20/01/20 à 18 h 00 OK 08/02/20 9 h 00

OK le 22/01/20 à 18 h 00 OK 10/02/20 18 h 00

OK le 25/01/20 à 9 h 00 le ...../..... à .....h.....

OK le 27/01/20 à 18 h 00 le ...../..... à .....h.....

OK le 29/01/20 à 18 h 00 le ...../..... à .....h.....

OK le 01/02/20 à 9 h 00 le ...../..... à .....h.....

le ...../...../..... à .....h..... le ...../...../..... à .....h.....

M. AZIZ

ALLAL