

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

- 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° W19-488809

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10125 Société : RAR

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANARY Amin

Date de naissance : 24/11/75

Adresse :

Tél. : 060661272

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AZIZ ALAOUI Sidi Mohammed
Traumatologie-Orthopédie
117, Rue de Rome Agnle Bd. 2 Mars
Casablanca - Tél.: 05 22 85 51 52

Date de consultation : 09/12/2019

Nom et prénom du malade : ANARY Amin

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

Nature de la maladie : Tendinite de la main droite

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 : Casablanca Le 05/12/19

Signature de l'adhérent(e) : Amin

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
9/12/19	≤	1	300 D	INP : 01016524 Dr. Saïd Benjeloun 147, Rue de la République Casablanca - Tél. 05 22 51 51 52

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saïd Benjeloun Imm. 94, LOT N°1 DEROUA Tél: 05 22 51 47 07	352 000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et de 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	

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	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													

Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Arthroscopie - Prothèses articulaires
Médecine de Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars
2^{ème} Etage (Au dessus de INWI) - Casablanca
Tél.: 05 22.85.51.52 - Fax: 05 22.86.02.11
E-mail : azizalaouimd59@gmail.com



الدكتور عزيز علوي محمد

أمراض وجراحة العظام والمفاصل
المفاصل الإصطناعية
الطب الرياضي
خريج كلية الطب بتولوز

117، زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس
الطابق الثاني (فوق إنوي) - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22.85.51.52 - الفاكس: 05 22.86.02.11
البريد الإلكتروني: azizalaouimd59@gmail.com

Casablanca, le 29-12-19 في الدار البيضاء

me Amina
ZANARY

56.30

1) D-CURÉ - Amp (7.5)
1/20j : 4 fois

53.10

2) RELAXOL. CP (7.5)
1 CP / 5 x 14j

النوع

160.00
3) ESAE. CP (S.V.)
A (5 x 14j)

Ch
p. 14j

82.00

4) VOXCIB 100



A - 0 - L'j
x 14j

352.00

دكتور عويضة محمد
Docteur A. Z. ALAOUI - Onco-pédie
117, Rue de la République - 2 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 55 51 52

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94 - Lot NAT N° 1 - D. 18004
Tél: 05 22 51 47 01

LOT : 9MA118
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

PPV :
LOT : 56,30 DH
19F05/B
EXP : 06/2021

D-CURE[®] AMPOULE

6 118001 320080

LOT : 19F04
PER : 04/21
2018 1180

160,60

LOT : 10021
PER : 07/22
PPV : 82.00