

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-516678

ND: 2813A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 293	Société : ROYAL AIR MAROC	Autre : RETRAITE	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL			
Date de naissance : 1932			
Adresse : N° 56 Rue Nek Ellil Hay Arrahha CASA			
Tél. : Total des frais engagés : 600,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<i>Dr. Azziz Achouri Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 18 18 - INF 091170910</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/04/2020			
Nom et prénom du malade : AZIZ ALLAL	Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Fracture pentroctante de l'humérus			
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**

Le : **30/04/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **EZ**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-516678

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 : **600,00** Dhs
Date de dépôt : **01/05/2020**

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
30/11/20	C-S		3000	Dr ARISS ACHACHE Chirurgien Orthopédiste INP 091170910

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées NATURE DES SOINS COEFFICIENT	INP : <input type="text"/>																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
		MONTANTS DES SOINS																		
		DEBUT D'EXECUTION																		
		FIN D'EXECUTION																		
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25633412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35633411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25633412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35633411	11433553	G		
			H	25633412	21433552															
			D	00000000	00000000															
			<hr/>																	
B	35633411		11433553																	
G																				
COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

Ordonnance

Date : 30/04/2020 /

MR AZIZ ALLAL

- Radio DU BASSIN FACE



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

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthoressport@gmail.com



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

Date : 30/04/2020 /

Ordonnance

MR AZIZ ALLAL

Radiographie du Bassin de Face

Fracture Pertrochantérienne consolidée avec matériel en place

Trait de fracture parcellaire du gd trochanter.

Absence de signe d'ostéolyse ni d'ostéocondensation.

Les têtes fémorales et les ailerons iliaques sont de morphologie et de trame osseuse normale.

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

105, Avenue 2 Mars, Casablanca, Maroc

Tél. : 05 22 81 81 16 - Fax : 05 22 81 81 17 - E-mail : orthossport@gmail.com



Centre de Traumatologie-Orthopédie
et Chirurgie du Sport

مركز دراجة العظام والمقاييس
والجراحة الرياضية

Date : / /

30/04/2020

Ordonnance

Facture N°: 1338/2020

Bénéficiaire : Mr Aziz Allal
Mr AZIZ ALLAL

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
Rx	Radio	1	300,00	300,00
Total				300,00

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

ORTHO'S SCP
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair
Casablanca
TP: 34465339 - ICE: 001860015000084