

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° W19-448088

54649

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9102	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NOSSAIR MOHAMMED			
Date de naissance : 04/09/1962			
Adresse :			
Tél. : 0662 767 068		Total des frais engagés : 152.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Docteur ALLAL BEN ABDELLAH Traumatologie-Orthopédie 417, Rue de Rome Agm. Bd. 2 Mars Casablanca - Tel.: 05 22 20 45 45			
Date de consultation : 01/12/2020			
Nom et prénom du malade : SEFIAT ALAIG DU			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/12/2020

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-448088
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
11/12/2020		2 x 3000 Dhs		INP : 591016602
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		
	01/12/2020	202.00		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

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 : []													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []													
				MONTANTS DES SOINS []													
				DEBUT D'EXECUTION []													
				FIN D'EXECUTION []													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<p>H 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>G 1 2 3 4 5 6 7 8</p> <p>B 1 2 3 4 5 6 7 8</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
	<table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
					DATE DU DEVIS []												
					DATE DE 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 الاوي محمد

أمراض وجرحة 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 22.86.02.11 - الفاكس: 05 22.85.51.52
البريد الإلكتروني: azizalaouimd59@gmail.com

Casablanca, le

1 / 12 / 2020

الدار البيضاوي

PPV: 60DH10

نـة الفـم

E - AORAMME
NOSSAIR



PPV: 60DH10

60.40

✓) Di-INDO - 100
- suppo

11j + 7 jour

60.10x2 =

✓) E PYCA. 50. P.

11j x 20j

01/12/2020
6038
2B ale

النـوـم

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUESSI
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

في حالة الاستعجال: مصحة أنوال

14، زنقة زكي الدين الطاوسى
الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

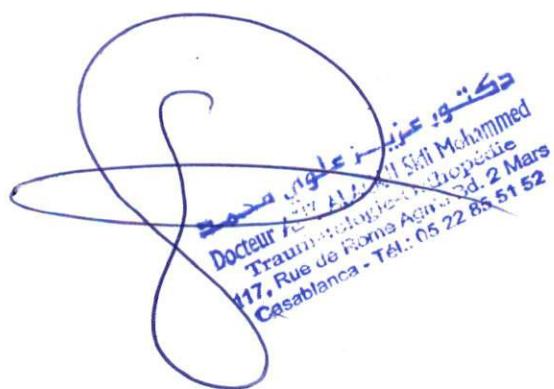
20.00

3v.) CC DPL. p

1 - 0 - 1 1j x 10j

شيك و مطرد

132dh. 60



عقار في الميزان

22,00