

## 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

- 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° W21-635558

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12631 Société : RAM 78260

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMARA ILIASS

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse : Résidence Ce Cedres Imm 13 Apt 13  
Riad Ouled NEA TEMARA

Tél. : 06137614 06 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : AMARA Iliass

Age : 33

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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

Le : 30 / 06 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

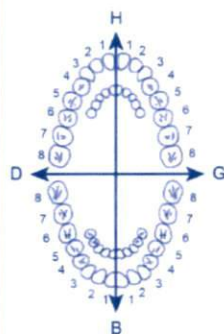
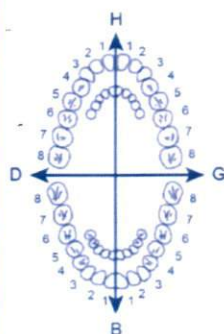


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1er JUIN 2021			300	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dr. H. EL ALAYAN M 01123388 Tél : 0537 563 807

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
7er JUIN 2021		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur N. EL ALAYAN Centre de Radiologie TEMARA Tél : 05 37 64 01 02	14/06/21	Richerville FIP	3000H

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 colspan="2">H</td> </tr> <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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Hourya EL ALAOUI SAYAH  
Rhumatologue



الدكتورة حورية العلوي السايح  
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

- ⦿ Echographie ostéoarticulaire
- ⦿ Troubles statiques du rachis
- ⦿ Appareillage des handicapés moteurs
- ⦿ DU. de médecine physique et de réadaptation

Rabat, le

08 Juin 2021



1 0 1 1 2 3 3 8 8

Mr. AMARA ILIASS

FAIRE SVP

RX CHEVILLES F + P

Dr. Hourya EL ALAOUI SAYAH  
Mahaj Riad, Immeuble 2, Appartement 3  
Tél.: 0537 563 807

Docteur N. ED FAÏZ  
Centre de Radiologie SOCRATE  
TEMARA  
Tél : 05 37 64 01 02



**الدكتور نور الدين فايز**  
اختصاصي في الراديولوجي  
خريج كلية الطب بباريس  
**Dr Noured-Dine FAIZ**  
Spécialiste en Radiologie  
Diplômé de la Faculté  
de Médecine PARIS V

Médecin Traitant : DR EL ALAOU  
SAYAH HOURYA

- ❑ Minéralisation osseuse normale .
- ❑ Respect des corticales.
- ❑ Absence de lésion osseuse focale suspecte.
- ❑ **Respect des interlignes articulaires.**
- ❑ Pas d'anomalie des parties molles.

DR. N.ED. FAIZ / SOCRATE Radiologue.

Docteur N. ED. FAÏZ  
SOCIÉTÉ  
Centre de Radiologie SOCRATE  
TEMARA  
Tél : 05 37 64 01 02





عيادة الراديولوجي سقراط  
CENTRE DE RADIOLOGIE SOCRATE  
تمارة - TEMARA

الدكتور نور الدين فايز  
اختصاصي في الراديولوجي  
خريج كلية الطب بباريس  
Dr Nouredine FAIZ  
Spécialiste en Radiologie  
Neuroradiologue  
Diplômé de la Faculté  
de Médecine PARIS V

Le 14/06/2021

Facture N ° : 4908/21

Nom et prénom : Mr. AMARA ILIASS

Examen(s) réalisé(s) :

RX CHEVILLE F/P

Montant : 300 DH

La présente facture est arrêtée à la somme de **TROIS CENTS**  
**DHS.**

Merci de votre confiance.

DR. NED FAIZ

Docteur N. ED. FAÏZ  
SOCRATE  
Centre de Radiologie SOCRATE  
TEMARA  
Tél : 05 37 64 01 02