

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 videntaires 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.

Reéducation :

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-633330

par
com

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10845</u>	Société : <u>79311</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>BERRAS EL HAM</u>			
Date de naissance : <u>18/12/75</u>			
Adresse : <u>6 Rue de Bruxelles 4ème étage</u>			
Tél. : <u>0661148840</u>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Gonorrhée - pharyngite et gencive</u>	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

18/07/21

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

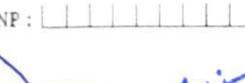
N° W21-633330

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
31/7/21		€ 3000 HT		INP : <input type="text"/>  

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/06/2021	For 26/06/2021 214+71+287	164000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	D	H
25533412	21433552	
00000000	00000000	

(Création, remont, adjonction)

	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
00000000	00000000							
00000000	00000000							
35533411	11433553							
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>								
<p>D ← → G</p>	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
00000000	00000000							
00000000	00000000							
35533411	11433553							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>								
<p>B</p>	<table border="1" style="width: 100px; margin-bottom: 10px;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
00000000	00000000							
00000000	00000000							
35533411	11433553							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>								

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المَكْتُور عَزِيز عَلْوَى مَحْمَد

أمراض وجراحة العظام والمفاصل

المفاصل الإصطناعية

الطب الرياضي

خريج كلية الطب بتولوز



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 : azizalaouiimd59@gmail.com

Casablanca, le

3 / 3 / 21

117 زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس

الطريق الثاني (فوق بني) - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22.86.02.11 - 05 22.85.51.52

azizalaouiimd59@gmail.com البريد الإلكتروني:

الدار البيضاء في

Jma Ilh am
BERRAT

117,30
x 2



1) Celebrex (S) 100 M 117,30

1 - 0 - 1 (j) x 14j

37,00

2) Duroxil (P)
(S.V)

j x 14j

التوصي



37,00

En cas d'urgence: Cl

14, Rue Zaki Eddin

Tél.: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

في حالة الاستعجال: مصحة أنوال

14, زنقة زكي الدين الطواهي

الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

3) Art Prostam Gel
05/05/2013 3 Appl. Pj Neg.

مفتاح سرير ٥٦٦,٦٢
366,62

٥٦



دكتور عزيز محمد
Docteur AZZ ALAOUI Sidi Mohammed
Chirurgie Orthopédie
117 Rue de Rome Agadir Bd 2 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 85 51 52

صيدلية الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 67

المَكْتُور عَزِيز الْأَوَّى مَدْ

Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Arthroscopie - Prothèses articulaires

Médecine de Sport •

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Toulouse



أمراض وجراحة العظام والمعاصل

المفاصل الإصطناعية

الطب الرياضي

خريج كلية الطب بتوولوز

117, زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس

الطريق الثاني (فوق أنوي) - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22.86.02.11 - 05 22.85.51.52

azizalaouimd59@gmail.com البريد الإلكتروني:

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

Casablanca, le

3/7/21

الدار البيضاء في

WIR SIND
BEI DIR

Rx. 2 gendax f-f
Et SCHUM

دكتور عزيز الْأَوَّى
Dr. AZIZ ALAOUI
Orthopedie et
Traumatologie
117, Rue de Rome Asnières sur 2 Mars
Casablanca - Tél.: 05 22 85 51 52

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

في حالة الاستعمال : مصحة أنوال

14, زنقة زكي الدين الطاوسي

الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

Dr Chakib BENNANI-SMIRE | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 28 Juin 2021

MME. BERRAS ILHAM

COMPTE RENDU

RADIOGRAPHIE DES DEUX GENOUX EN POSITION DEBOUT FACE, PROFIL ET SCHUSS

- Absence d'anomalie notable de la statique sur le cliché de face effectué en charge.
- Interlignes fémoro-tibiaux de largeur conservée.
- Absence d'anomalie notable au niveau des plateaux tibiaux ainsi que des condyles fémoraux.
- Aspect normal de la rotule.

Conclusion :

Radiographie des deux genoux ne révélant pas d'anomalie notable.

