

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5059**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BELCAZ ABDELLAH**

**29/12/1958**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0671802577**

Total des frais engagés : **1014,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**MUPRAS**

Date de consultation :

**13 DEC 2022**

Nom et prénom du praticien :

**Dr. AZIZ ALAOUI**

**Chirurgie Orthopédique et Traumatologique**

**117, Rue de Rome - Angle Bd 2 Mai**

**CASABLANCA**

**INPE 091416501**

**ICE 0018379400096**

**13 DEC 2022**

**ECUER**

**Scaphulalatérale**

**Perdu dans la chasse**

**Age:**

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 :

**Le : 13/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

**SA**

### 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
21/11/22	S +	300 DT		INP : 031016001 Dr. AZIZ ALAOUI MEDICAL Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 11, Rue de Rome - Angle Bd. Mars CASABLANCA INPE 09101601 CE 00 84279400096

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. AZIZ ALAOUI MEDICAL Chirurgie Orthopédique et Traumatologique - Casablanca	21/11/22	210 DT

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	B 11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
Arthroskopie - Prothèses articulaires  
Médecine de Sport  
Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars  
2<sup>ème</sup> 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 علوى محمد

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

العنوان: 117 زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس  
الطباق الثاني (فوق إنوي) - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22.86.02.11 - الفاكس: 05 22.85.51.52  
البريد الإلكتروني: azizalouimdm59@gmail.com

Casablanca, le 21-11-82. الدار البيضاء في

Yun Nalika FAID.

1) D-CURE - Ampoules  
630 1 Ampoule à boire  
3 fois.  
D3- Un 1/2 -

2) OSTEOCARE. syrup  
0.5% OTC. acid. = 3x/  
3 mali

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

## في حالة الاستعجال: مصححة أنوال

١٤، زنقة زکی الدین الطاوسی

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

BN  
MFT  
À consommer  
avant le  
/Expire en  
01/1999  
10/2020  
09/2023

gum) (s-

3) CURAFLEX - Sachets

149.10 x 21 (size 3 mds)

العناد - العناد - المفاصد

4) RELAXED, sp.

$$6) \begin{array}{l} 1 - 0 - 0 - 1 \\ \text{pass} \end{array} \begin{array}{l} j + f_j \\ \text{or} \\ j + f_j \end{array}$$

المعنى / المفهوم =

5) NO CACEDOL. 34

WZ 80 x 3 x 10

DR. ALIZALAH Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
117, Rue de Rome - Angle Bd 2 Mars  
CASABLANCA  
INPE 091016501  
ICE 001843794000096

*J. B. P. O.*

**Pharmacie El Mina**  
18 Avenue El Mina, Casablanca  
Tél. 05-24-42-15

**SMB**

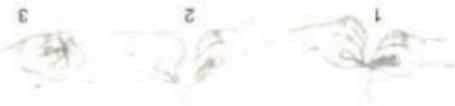
AMM N° : 279/20dmp/NR0d

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.  
Les laboratoires ERGO MAROC



**ERGO**  
Maroc

Importé par :



Vitamine D3

Cholecalciferol 25 000 UI

# D-CURE® AMPULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH

LOT: 22B23D

EXP: 02/2024

EZ : 00.69.19

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique Sachets



Lot : VT235  
A consommer de  
préférence avant le : 04/2025  
PPC : 149,50 DH

EZ : 00.69.19

# CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique Sachets



Lot : VT235  
A consommer de  
préférence avant le : 04/2025  
PPC : 149,50 DH

# رولاكسول® 500 ملخ/2ملخ

باراسيتامول /أيوكولشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

## Relaxol 500mg/2mg

احفظ الماء والدواء في مكان بعيد عن المتناول.

### RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة



RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



118000-060833

LOT:22E005

PER:01/2025

**SURDOSAGE = DANGER**

Ne pas prendre un autre médicament contenant du paracétamol.

Dépasser la dose peut détruire le foie.

Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés par prise minimum 4 heures d'intervalle. Ne pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis médical.

# TOP SECRET

## **CONTRE LES DOULEURS**

### **Musculaires Articulaires Post-traumatique**



$$\partial_t \phi = \partial_t \phi_0 + \int_0^t \partial_t^2 \phi(s) ds$$

**PLUS RAPIDE  
EFFICACE**

**SCIENTIFIQUEMENT DEMONTRÉ**

Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

**Dispositif Médical**



UC: 198.00



2024-09

2011-02-09



3 "401020"354451">