

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0029114

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4673 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAHRA AL  
 Date de naissance : 08.02.1953  
 Adresse : BP. 4002 derb softane CP Pida derb  
 Sedna casablanca  
 Tél : 0661215936 Total des frais engagés : 300 DH + 557,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/12/22  
 Nom et prénom du malade : BAHRA BAKIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : BONEALGIE  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
7/1/22		5	3000	<p><b>Dr. ALIZ ALAOUI Mohammed</b>  Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  7, Rue de Rome - Angle Bd 2 Mars  CASABLANCA  INPE 091016501  ICE 00155794000096</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
<p><b>PHARMACIE NABILA</b>  Pour Ordonnance  13, Lot El-Zahra - Angle Bd. El-Fouarate  et Ouled Ziane - Hay Hassir - CASA  Tél : 022 63.69.09</p>	6/1/22	5520

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

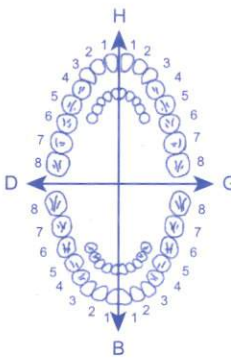
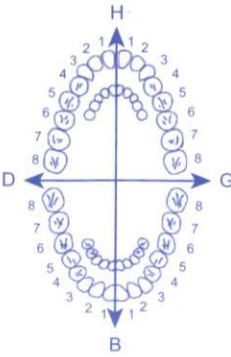
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <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>D</td> <td>G</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><b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		
					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



**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<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 علوي محمد

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

Casablanca, le

7/12/22

الدار البيضاء في

283.5 x 2  
Rkt  
BATHA

1/ Chondrosulf 1400

1-0-1 (j) x 3 mois

29.50 x 2

2/ Duo Relax sp

0-1-0-1 (j) x 20 j  
الغذاء النوع

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

في حالة الاستعجال : مصحة أنوال  
14، زنقة زكي الدين الطاوسي  
الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97



**DuoRelax®**  
Gélule

LOT: C0221  
EXP: 04/25  
PPC: 79.50 DH

**DuoRelax®**  
Gélule

LOT: C0221  
EXP: 04/25  
PPC: 79.50 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 55617 DMP/INRO  
6 11800 1271214  
PPV: 283,00 DH

**PHARMACIE NABIL**  
Pour Ordonnance  
13, Lot. Gh. Ziane, Angie Ed. El Foudra  
et Oulad Ziane - Hay Tissir - CASA  
Tél.: 022 63.68.09

**DR. AZIZ A. ABOU Mohammed**  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
117, Rue de Rome - Angie Bd  
CASA - ANCA  
INPE 001816501  
601813794000096

557/60

HC.00.55  
PPC: 55.00  
PER: 05-25  
LOT: 0036

1-0-1 CG x 14

100x45x20

**CETAMYL 500 mg**  
PPV: 10.20 DH  
6 118000 190219

2) CETAMYL / L. 50

100x45x20

**CETAMYL 500 mg**  
PPV: 10.20 DH  
6 118000 190219

2) 500 mg

3 x 1/2 x 14

af 12

Artibon au - Gel