

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0012594

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : AAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUBOUIS HASSANIA
 Date de naissance : 30/10/1948
 Adresse : 268, Bd Zinebui Apt 7 CASA
 Tél. : 0662 71 77 79 Total des frais engagés : 22,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR ALAMI MOHAMMED
 Chirurgien Orthopédiste-Traumatologue
 Bureau 16, imm. A, résidence Alawail, Angle
 Av. Hassan II et Av. Ghazza - Temara
 05 37 58 56 66 - 06 61 25 35 30
 Date de consultation : 24/12/2019
 Nom et prénom du malade : BOUBOUIS Hassania Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Goutte au coude
 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 : CASA Le : 20/01/2023
 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
24/12/22	C.S.	—	9	

DR ALAMI MOHAMMED
 Chirurgien Orthopédiste-Traumatologue
 Bureau 16. Im. A. résidence Alawail. Angle
 Av. Hassan II et Av. Ghazza - Temara
 05 37 58 56 66 - 06 81 25 15 30
 INPE : 101176584

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE ALAMI
 Lot Salah Fadine N°13 - Temara
 Tél: 0537747462
 INPE: 102096484

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/2022	22,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

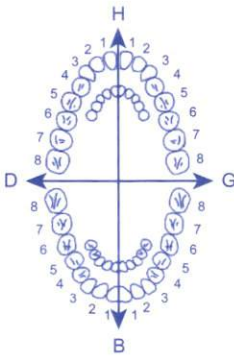
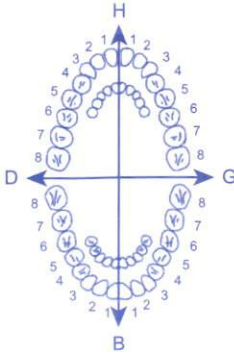
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 ALAMI MOHAMMED

Chirurgien Orthopédiste-Traumatologue

- Ancien chirurgien au centre hospitalier de Témara et au CHU Ibn Sina
- Ancien interne des hôpitaux de France
- Diplômé de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire de l'arthroscopie chirurgicale
- Diplôme universitaire de l'échographie en traumatologie orthopédie
- Diplôme universitaire en chirurgie du pied



الدكتور علمي محمد

جراحة العظام والمفاصل

- جراح سابق بالمركز الإستشفائي تمارة وبالمستشفى الجامعي ابن سينا
- طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- دبلوم جامعي لجراحة المفاصل بالمنظار
- دبلوم جامعي للإيكوغرافيا في أمراض جراحة العظام والمفاصل
- دبلوم جامعي لجراحة القدم

Témara :

24/12/2022

ORDONNANCE

Mme BOUROUIS HASSANIA

22/12/20

1) CEDOL

1 comprimé trois fois par jour pendant 5 jours, et après au besoin

2) NOCICEPTOL

1 application x 3 par jour pendant 10 jours

PHARMACIE AL WIFAK
Lot Salah Eddine N°13 - Témara
Tél: 0537 74 74 62
INPE: 102096484

DR ALAMI MOHAMMED
Chirurgien Orthopédiste-Traumatologue
Bureau 16, imm. A, résidence Alawail, Angle
Av. Hassan II et Av. Ghazza - Témara
05 37 58 56 66 - 06 61 25 35 30
INPE : 101176584

Cédol®
PARACÉTAMOL / COBAMINE

PPU 22.00
PER 11/24
LOT E164

