

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

M22-0042576 110281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

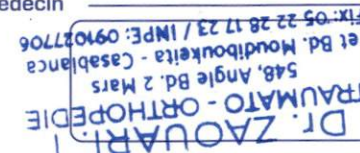
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05015 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : SALAM LAHCEN
Date de naissance : 26.02.61
Adresse : 30 Rue AL BAHIA HAY RIAD
BIERRACHID
Tél : 067593908 Total des frais engagés : 835,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/02/23
Nom et prénom du malade : Zouari Fatima Age: 57
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : G. arthrose
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 : BIERRACHID Le : 13/02/2023
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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042576

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 : 05015
Nom de l'adhérent(e) : SALAM
Total des frais engagés : 835,
Date de dépôt : 13/02/23

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
27/1/23		Grat		DR. ZAOUARI 548 Angle Bd. 2 Mars Bd. Mondipoulle - Casablanca Tél: 09227706 / INPE: 09227706

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JAMAL HILLAL Docteur en Pharmacie et en Homéopathie Tél: 05 22 87 191 Mandarine - Casablanca	27/1/23	335,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07 FEV 2023	260	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(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. ZAOUARI Tarik

الدكتور زواري طارق

Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل



جراحة العظام و المفاصل - الجراحة التعويضية - الجراحة بالمنظار

Traumatologie - Orthopédie - Chirurgie prothétique - Arthroscopie

Casablanca :

27/01/2023

Nom & Prénom :

Zaoui, FADIMA



Dr. ZAOUARI, T
TRAUMATO - ORTHOPEDIE
548, Angle Bd. 2 Mars
et Bd. Moudiboukeita - Casablanca
Tél: 05 22 28 17 23 / INPE: 091027706

146.90

V. Honant forte

1yr 2/3 / 15

pas

29/2092

4 - Card di phone 3.6

144.30

I do x 200mg

1 - - - 1/10j

[Handwritten signature]

335,60

LOT 22002
PER 02/25
PPV 144DH30

548 تقاطع شارع 2 مارس وشارع موديبوكيتا (أمام مسجد)
keita (en face mosquée souna) Résidence Souna 1er Etage, n°4
17 23 / E-mail : zaouaritarik@hotmail.com

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L3659

PPV 22DH20
PER 10/24
LOT L3659

Dr. ZAOUARI Tarik

الدكتور زواري طارق

Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل



ORDONNANCE

جراحة العظام و المفاصل - جراحة العظام و المفاصل بالمنظار
Traumatologie - Orthopédie - Chirurgie prothétique - Arthroscopie

27/7/2023

Zouari FATIMA

R
26-38, Rue 1^{ère} étage
Tél: 05 22 33 00 00 / 08 35 12 84
Dr. ZAOUARI Tarik
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE BERECHID

2 Genoux (F+P)
change

DR. ZAOUARI T
TRAUMATO - ORTHOPEDIE
Sect. 2^{ème} Et. 2 Mars
et Bd. Moulayoukoute - Casablanca
Fix: 05 22 28 17 23 / INPE: 0910...

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي
بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)
طبيب سابقا بالمستشفيات
الجامعية بمونبولي

برشيد، في : Berrechid, le :

Nom et Prénom : ZOUARI FATIMA

Examen Pratiqué : Rx deux genoux debout f-p

Médecin demandeur : Dr. ZAOUARI

07 FEB. 2023

Cher confrère

Merci de la confiance que vous nous témoignez

COMPTE RENDU:

- Pas d'image lésionnelle osseuse ou ostéo articulaire décelable

Confraternellement
Signé : Dr A.AZZAOU

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid
Tél : 05 22 33 63 73 / 08 08 35 12 64
D. Ali AZZAOU
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38 - 36، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 001851015000002

مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAOU

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)
de la Faculté de Médecine
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE

RADIOLOGIE GÉNÉRALE — MAMMOGRAPHIE
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PÉDIATRIE
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)
DE MONTPELLIER

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إختصاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة و الإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابقا بالمستشفيات

الجامعية بمونبولي

برشيد، في : Berrechid, le :

Facture A001/2023

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen Pratique : deux genoux debout

Nom et Prénom : **ZOUARI FATIMA**

Pour la somme : 500.00 DH

Cinq cents dirhams

Signé : DR. A.AZZAOU

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid
Tel : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64
Dr. Ali AZZAOU
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 001851015000002