

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-485326



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZIZ ALAOUI Skil Mohammed
Traumatologie-Orthopédie
117, Rue de Rome Agnle Bd. 2000
Casablanca Tél. 05 22 85 51 52

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/11/19

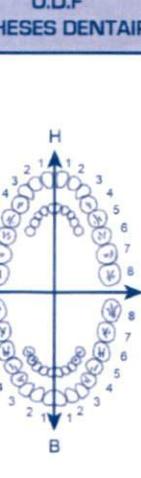


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/11/13	Σ	500		INP : 03101610 دكتور عزيز علي مهدي Doutor AZIZ ALAOUI Sidi Mohammed Traumatologie-Orthopédie 117, Rue de Norme N°1000 Bd. 2 Mars Casablanca - Tel. 06 28 95 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>YACOUB LAKHASSI</i>	14/11/19	736,00
<i>YACOUB LAKHASSI</i>		
<i>YACOUB LAKHASSI</i>		

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES - RADIOPHARIES	2023-01-15	100	100

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

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553
				H	G															
				25533412	21433552															
				00000000	00000000															
D																				
B																				
35533411	11433553																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

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 : azizalaouim59@gmail.com



الدكتور عزيز الراوي 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 22.86.02.11 - الفاكس: 05 22.85.51.52

البريد الإلكتروني: azizalaouim59@gmail.com

Casablanca, le

14-11-19

الدار البيضاء في

Dr. AZIZ ALAOUI
Abdeloua



283,00 x 2
Chondrosoft 400

1-0-1 (j x 3 mois)

بيانات حفظ العقار

95,00 x 1) Arthrodream - gel

3 Appl. (j x 14 j)

دون دوك

مختبر

LOT: 0027
PER: 07-22
PPC: 95,00 DN

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 الطاوسى

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

25,00 x 3

3) CO DALGINE - Sp

1 - 0 - L (j) x 2⁷

736,00

دكتور عزيز سيد محمد
Doctor AZIZ ALAOUI Sidi Mohammed
Traumatologie-Orthopedie
117, Rue de Rume Agnie Bd. 2 Mars
Casablanca 105 22 85 51 52

25,00

25,00

25,00

PHARMACIE DE L'ÔME
L'ÔME LAKHSASSI TABBARA
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0527 36 75 51