

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-709540



5251 ED 08

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	8621	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ND
Nom & Prénom :		BERBER MOHAMMED	
Date de naissance :		09/10/69	
Adresse :		Neuac Enr	
Tél. :	0668 122351	Total des frais engagés : Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BERRADA Abdel-All  
Médecine Générale  
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux  
Ray Najah - Sidi Maârouf Ouled Haddou  
Casablanca

Date de consultation : 08/11/2022 Tel. : 022.33.51.57

Nom et prénom du malade : Berber sur Gamra Age:

Lien de parenté :  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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
09/11/2022	C1		150 DH	INP : 09 103 1252 Dr. Abdellatif El Bouanani Spécialiste Générale Centre des Maladies de l'Appareil Digestif

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Opérante Sofaca 1, California - USA - Tel. : 03 22 50 91 12 S. T. S. - 092041052	08/11/22	158,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

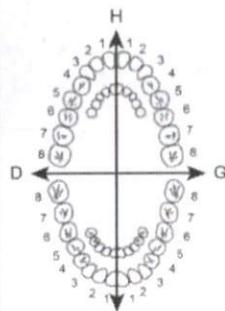
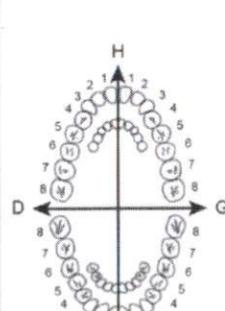
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, 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																			
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				G	35533411	11433553				B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																		
		D	00000000	00000000																		
		G	35533411	11433553																		
B																						
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. BERRADA Abdel-Ali**  
**MÉDECINE GÉNÉRALE**  
Echographie  
Expert Assermenté  
Auprès des Tribunaux  
Hay Najah - Sidi Maârouf  
Ouled Haddou - Casablanca  
Tél. Cabinet : 05 22 33 51 57

LOT : COOPER PHARMA  
 LOT : 211008  
 EXP : PER : 06 - 2024  
 PPV : PPV : 82,60 DH

Casablanca le :

الدكتور عبد العالى برادة

الطب العام  
خبير محلف  
أمام المحاكم  
حي النجاح سيدي معروف - أولاد حدو  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 33 51 57

08 NOV. 2022

berber Anakene  
 82,60 D Alen-Z CCM S.V  
 46,00 D JM  
 41 Drihia x S.V  
 158,60 MU

BIOFAR 12 VIT 12 MINERAUX CP BTE 20  
 PPC : 76,00

Urt Av	Lot :
02/2025	2056/3

IPHADERM

**PHARMACIE MAJORE**  
 Coopérative Sofaca I, N° 14 Hay Najah - Sidi Maârouf Ouled Haddou  
 Casablanca - Tel. : 05 22 33 51 57