

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.

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

N° W19-421161

10350

AS2805

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10350		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HANI ABDELLAH			
Date de naissance : 07.06.1967			
Adresse :			
Tél. 06611163A7		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr BERRADA Mehdi Spécialiste en ORL et Chirurgie de la face et du cou 200, Rue Beni Meguid Boulevard El Fida, Bouchentouf - Casablanca - GSM : 06 62 307 304 05 22 61 01 00 - E-mail : mehdiberrada@gmail.com </div>			
Date de consultation : 03/03/2023			
Nom et prénom du malade : El Hani Abdellah Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Acouphène			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 13 MAR. 2023			
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
02/07/13 1043	CS Lavage des abces.	250DH	INP : ED14263044	Dr BERRADA Mehdi Spécialiste en ORL et Chirurgie de la face et du cou 200, rue Beni Isgaïd Boulevard El Fida. Bouchentour - Casablanca - Maroc - 062 307 304 Téléfax : 062 307 304 Email : mehdi@orange.mor.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur.	Date	Montant de la Facture
AC123 A D'AMICO MARCHE DU CHATEAU 02 50 32 33	03/03/23	394,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/>								
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION								
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p>H</p> <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p>D</p> <table border="0"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> <p>G</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS								
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION								

N° du Lot

2210

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

Meh
t Chirurgi
u cou

ميك
ميك
لعيون
L.O.T: 151822
P.E.R: 12/24
P.P.V: 64DH50

PPV: 109DH00
PER: 01-26
LOT: M106

EL HA
ABDEL HAK

Casablanca le,

03/03/2023

20,60

1) Ofloket goutte ailles

1 dosette x 2 /
F 109,00

2) 2 AMOX 1g

1 roquette x 2 /
119,10

3) Minarel

2 gouttes x 6 reiz
64,10

4) MYK gouttes

2 gouttes x 2 /
F 10,30 x 3

5) Deliprone 500 q

1 qpx 3 /
Gouttes

A.U: 16/03/2023 T.: 394,10

Dr BERRADA M'hdi
Spécialiste en ORL - Chirurgie
de la face et du cou
200, Rue Beni Meguid Boulevard El Fida.
Bouchentouf - Casablanca - Gsm : 0662 307 304
Tel : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdiberrada@gmail.com

200، زنقة بنى مكيلد شارع الفداء بوشنتوف - الدار البيضاء

200, Rue Beni Meguid Boulevard El Fida, Bouchentouf - Casablanca

Tél : 0662 307 304 - Fixe : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdiberrada@gmail.com