

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 - w



Déclaration de Maladie

N° W19-570780

42260

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BOUSSARHANE AZ-Edine**

Date de naissance : **8 oct 1954**

Adresse : **402 Bd ZERKOUNI APT 12 CASABLANCA**

Tél. : **06 35 69 62 57** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Neurologie**

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 16/09/22 | G3 | ① | Création | INP : 091035329 |

| EXECUTION DES TRAVAUX | |
|--|---------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date |
| UNITED MED SARI 55, Rue Ennoussour 20140 Casa Tél: 0522 27 93 03 | 23/9/22 |

| 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 | |
| | | | | | | |

| 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 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Contrat de location

Nom / Prénom Du Patient :

Boussanham Azeddine

Date :

21/09/2020

Adress :

Bd Zerktouni 402

CIN :

Ville :

Bd Zerktouni 402 Casablanca

Tél :

0661158180

Medecin Traitant :

Tél :

0699680487

Bon de Livraison

N° 001401

Nom / Prénom Receptionnaire :

CIN :

Type d'appareil :

Incegne G3

N° De Serie :

35BNLPDAIE

Tél :

SIGNATURE DU RECEPTIONNAIRE:

Reçu du Règlement

Reçu de :

Location G3

La somme de

200,00

Dirhams

Pour la period du

21/09/2020

22/09/2020

★ 10119 ★
UNITED MED SARL
66, Rue Ennoussour 20140 Casa
Tél: 05 22 27 30 33

انظر الشروط الموجودة خلفه

CACHET ET SIGNATURE

Contrat de location

Nom / Prénom Du Patient :

Beussarhane Azeddine

Date :

16/09/2020

Adress :

Bd Zarkouni 402

CIN :

Ville :

Casablanca

Tél :

06.64.15.84.80

Medecin Traitant :

Tél :

Bon de Livraison

N° 001256

Nom / Prénom Receptionnaire :

CIN :

Type d'appareil :

O2

N° De Serie :

Tél :

SIGNATURE DU RECEPTIONNAIRE:

Reçu du Règlement

Reçu de : 16/09/2020

La somme de

900

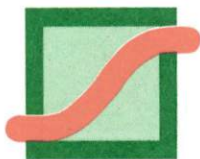
Dirhams

Pour la period du 16/10/2020

انظر الشروط الموجودة خلفه

CACHET ET SIGNATURE

★10119★
UNITED MED SARL
66, Rue Ennaoussour 20140 Casa
Tél: 0522 27 93 03



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 16/09/2020

N° Barakhaoui - AZZidine

Oxygène à donner
par extracteur
d'oxygène
2 Litres / min
18. / 24 h

TEL : 0.672.141889.

★10119★
UNITED MED SARL
66, Rue Ennoussour 20140 Casablanca
Tel: 0522 27 93 03

SERVICE URGENCES
CLINIQUE DAR SALAM
Tél: 05 22 82 14 14

Dr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumologue Allergologue
415, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Qual Capital Centre - 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 68 24

URGENCES 24 / 24 مستعجلات



UNITED MED Sarl

Respiratoire & Sommeil

UNITED MED SARL

66 rue Annoussour casablanca

Anfa 20140

tel 0522-279303

Facture

DATE: 23/09/2020

Facture 786/20

M. BOUSSARHANE
AZEDDINE

| Description | P,UNITE | QT | AZEDDINE | TOTAL |
|---|----------|-------|----------|----------|
| Location d'extracteur d'oxygène pour oxygénothérapie AA210101 | 1 200,00 | 1mois | 20% | 1 200,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme : Mille
Deux Cent Dirhams

RC 283273 T.P 37931275 CNSS 9413006
ICE 000216517000037 IF 14438918

TOTAL H.T 1 000,00 DHS

TOTAL T.V.A 200,00 DHS

TOTAL T.T.C 1 200,00DHS

★10119★
UNITED MED SARL
66, Rue Annoussour 20140 Casa
Tél: 0522 27 93 03