

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horloger Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-561022

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4425

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ECHCHAHAD

Abdesrahim

Date de naissance : 14/06/1962

Adresse : 63 Bloc A Hay Kamal 4

Tél. : 0661439622

Total des frais engagés : 546,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/10/2020

Nom et prénom du médecin : SERRAHIM ECHCHAHAD

Age : 58

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : MHTL GEK

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 : Settat

Le : 02/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-561022

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 : 4425
Nom de l'adhérent(e) : ECHCHAHAD
Total des frais engagés : 546,00 Dhs
Date de dépôt : 02/10/2020

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la sincérité des Actes |
| 12/08/2020 | es | 62 | 200.00 | INR. Dr. ISMAÏL BERRACHE |
| 12/08/2020 | AS2 | 10 | 100.00 | Angle Rue Moukaouana et Boulevard Med 2018 - Casablanca - Maroc Dr. ISMAÏL BERRACHE ORL Rue Moukaouana et Boulevard Casablanca - Maroc |

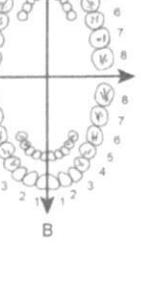
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|  | 12/08/20 | 246,40 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

VIOLET ADHERENT

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

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------|--|---|----------------------|---|--|---|--|---|--|
| 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 | 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"/> | | | | | | | | |
| ODF PROTHÉSES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>26533412 21433552 22V11 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411 11433553 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | <input type="text"/> | D | 26533412 21433552 22V11 00000000 00000000 | B | 35533411 11433553 00000000 00000000 | G | |
| H | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| D | 26533412 21433552 22V11 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 11433553 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | |
| | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | 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 .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO - FACIALE

VERTIGE - RONFLEMENT

Chirurgie Endoscopique

du nez et de l'oreille

Surdité, Implant Cochleaire

Acouphène,

Pathologie de la voix

Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأنف . الأنف

الحنجرة، العنق و الوجه

الدوخة، الشخير

جراحة الأنف و الأنف بالمنظار

الصمم، زراعة قواعة الأنف

رتين الأنف

اضطراب الصوت

الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : ١٢.٥.٢٠١٠

AB Dozentina
SCHLAMM

19,40

95.80 x 2

55.40

246,40

جزئية 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

1.5

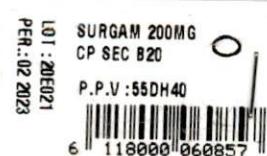
Antibiotikar

2 g/te

Floxam
2 g



Sury 20



Dr .Issam ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochlear
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
 الحنجرة، العنق و الوجه
 الدوخة، الشخير

جراحة الأنف و الأذن بالمنظار
 الصمم، زراعة ~~أذن~~ قعده الأذن

رئتين ~~أذن~~
 اضطراب السمع
 الغدة الن�ية، المخ
 Meds 5, 1er Etage

DATE : 10/08/2020

Notes d' O'Holbach

ADDÉRATITE / FÉCHCHANT

ACUTE / ASÉRATÉ

CONTROLE / KG

Holbachs / 1000g

(Cet. 14)



Dr. ISSAM ESSALKI
ORL
 Angle Rue Moukaouana et Boulevard
 Med 5, 1er Etage - Berrechid

جزنة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com