

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-476593

72.148

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2948	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL
Nom & Prénom : LEMZACCI		Date de naissance : 1985	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Accident BOUZACHA M-RAIS 26MAI2021			
Cadre réservé au Médecin Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr BERRADA Med. Hépato - Gastro Rue Hassan II Tel : 05 27 64 55 12 - Casablanca </div>			
Date de consultation : 17/15/21 Nom et prénom du malade : Lemzacci Na hamed Age: <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté : Nature de la maladie : celeruthia 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'at médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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
				INP : D. BERRADA Med. ANG Hépato - Pancreatologiste Rue Mohamed V 100 Tél : 05.27.34.56.12. Sebat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SIDI ELAYDI N° 6 - SIDI ELAYDI Tél : 0523 72 25 48	17/05/2021	338,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

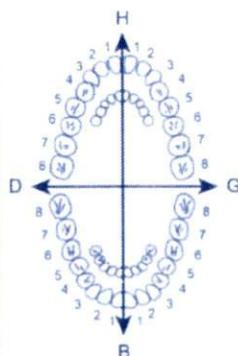
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

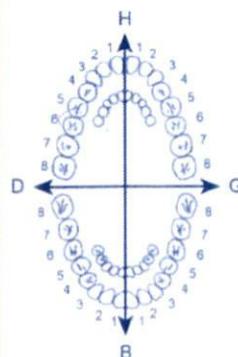
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DR. BERRADA MED ANOUAR

Spécialiste de l'Appareil digestif et du foie
Endoscopie et chirurgie Anale
(Hémorroïdes - Fistule et Fissure Anale)
Ancien médecin de l'hôpital Hassan II



الدكتور برادة محمد أنوار

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
للشخص بالصدى والمنظار الداخلي
جراحة المخرج (الدمل وال بواسير)
طبيب سابق بمستشفى الحسن الثاني

Settat, le 12/12/12 سطات، في

Tél : 0523722348

N 6 - SIDI EL AYDI

Centre de Santé SIDI EL AYDI

Noureddine

54,70

11

Nebuvon forte

S.V.

14 - 31 / r. au

7 - 10

74,00

21

Carbonylate S.V.

Sothema
L. Tazi. Pharmacien Resp.
CARBOSYLANE - 48 doses
PPV 74.00 DH

6118001070393

65,10

31

Ultra-livon 200

B = 2

1 gel + 21 + 10

S.V.

145,00

41

Seniayle

stren

Maghar
Km 10, Route Cadière 111,
Q1 Zenata Ain sebaa Casablanca
SENIAINE STRESS GELULE
B3C
PPC : 145,00 DH

$\sum = 338,70$

Dr BERRADA Med. Anouar
Hépato - Gastroentérologue

اقامة العروسي ٤، رفقة المصطفى باب ٣ (بجانب « la Bel Vie ») الهاتف : 05 27 64 56 12

Résidence Laâroussi n° 4, rue Hansali 1er étage, appt. 3 (à côté de « la Bel Vie ») - Settat - Tél. : 05 27 64 56 12

اهنا سلامة ٦٦ ابها عتة

٢٤ ع رخصها لاصاله اهلا يع ملعتها
رلخ اهلا لكتعمان رخصها لاصاله
(يس اهلا لمعنا) وضمها لاصاله
يالشان سلما لغشتسب قيلس بيهله

