

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être soigneusement 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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

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

72 894

CA

Déclaration de Maladie : N° S19-0005315

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **9135**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENKADMIR BRATIM** Date de naissance : **21/07/1969**

Adresse : **Bd oued MELOUA n° 234 HAY EL OULJA**

Tél. **0661734500** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. Hasna AZZAM
Rhumatologue
14, Bd. de l'Indépendance
CASABLANCA

Date de consultation : **24/04/2021**

Nom et prénom du malade : **Chaaoua Siham** Age : **1977**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **arthralgias inflammatoires**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **sté pulalgie droite**

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19- 0005315

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 : **9135**

SIAAM

Nom de l'adhérent(e) : **SIAAM**

300+738

Total des frais engagés : **300+738**

Date de dépôt :

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
24/04/21.	C5		300.00	Rhumato logy 14, Bd CASAB

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

LOT 20004 A PER 12/23 PPV 310-80		LOT 20003 PER 12/23 PPV 310-80																	
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins																
		Coefficient																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
G																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAILLES																	
		MONTANTS DES SOINS																	
		DATE DU DEVIS																	
		STRUCTUM 500MG 60 GE MAPHAR I.P.V. : 222,00 DH																	
VISA		VISA ET CA																	
PPI: 48DH60 PER: 01-24 LOT: K116		PPI: 48DH60 PER: 01-24 LOT: K116																	
PPI: 48DH60 PER: 01-24 LOT: K116		PPI: 48DH60 PER: 01-24 LOT: K116																	



Casablanca, le 24/04/21

الدار البيضاء في

CE: 00229122000071
Casablanca El Oued 0522-90.51.13
220-222-2248
Zekrl Abdellatif
Zekrl Abdellatif
Zekrl Abdellatif
Zekrl Abdellatif

①) glagage du coude ~~ft~~ ^{mm}
Lapp x 31j (à chq ~~10~~ min)

115,00 x 1

2) Biofreeze
1 app = 3 1/2 après le glaçage

à 1 mois

3.) Strometum  I gel x 21 j { fibrose mukin
show saa

14 ، شارع باريس، الطابق الثاني، الدار البيضاء. الهاتف: 04 22 48 55 212 + البريد الإلكتروني: cabinetrhumatologie14@gmail.com

14, Boulevard de Paris, 2^{ème} étage, Casablanca. Tél : +212 5 22 48 04 04 - E-mail : cabinetrhumatologie14@gmail.com

10-223-243-0848
Doubtless the author of the
"Saskatchewan" is a
native of the Province.
X 2. mon

The logo for the American Institute of Steel Construction (AIS) is a circular emblem. Inside the circle, the letters 'AIS' are written in a bold, sans-serif font, with a small dot above the 'I'.

4-) *Sexu ep*

Le père doit au milieu des

repas x 1 mois 1/2

48,5x2

5°)

Contiprest Dosing ep

S'hem x 5 Jours puis

2 ep. de $\frac{1}{2}$ v. can ep. l'heure

à 5 ans

67,20 x 2

6.)

100

1 get an ~~concrete~~ & 1 mow 1/2

WILHELM VAN MOLUOGH

386
ZERKI Abdesslam
Dokter en Psychiater
03224 Bd Oued Moulay El
Saplineca - Tel. 0522 90 51
00229122000071

Dr. Hasna AZMIK
Rheumatologue
14, Bd. de Paris
PARIS