

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-672343



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

10304

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

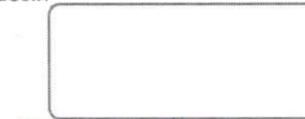
06 43 96 01 09

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



Age :

Lui-même

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 Abdilah - 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° W19-589351

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 19304	Société : R.A.T		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	rene le Mazzouki Fadil Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0643960129 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr. BERRADA Salah OREILLES - NEZ - GORGE Amal 1 Rue 38 N° 55 Sidi Bernoussi Casablanca TEL: 05 22 75 52 56			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 29 OCT 2021			
Nom et prénom du malade : Nenouki Idrissi Idrissi			
Age: 10			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <input checked="" type="checkbox"/>			
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 : *Centre Allal Ben Abdilah* Le : *10/10/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *J. A. A. A.*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-589351
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par 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
29 OCT 2021	2	200	INP : 091031989	DR. KERADA Salah

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Sidi Bernoussi Casablanca	Montant de la Facture
PHARMACIE KERADA CASABLANCA Cachet, Imma 24 N° 37 / 18 Sidi Bernoussi Casablanca Tél. 05 22 75 59 14	29/10/21	183,00	

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
					72

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111												
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																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="1"> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			G	00000000	00000000
H	26533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapéutique nécessaire à la profession</p>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

CABINET O.R.L.

Dr. BERRADA Salah

Diplômé d'Etat de la Faculté de Paris - France

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des

OREILLES - NEZ - GORGE

Chirurgie de la Face, des Maxillaires et du Cou

Maladies de la Tête - Vertiges - Surdité

Maladies Allergiques

MEDECIN DU TRAVAIL

EXPERT ASSERMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX

Ancien Médecin à l'Hôpital du 20 Août 1953

Ancien Médecin à la Polyclinique C.N.S.S.



الدكتور براردة صلاح

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن والأنف والحنجرة

جراحة الوجه والفك والعنق

أمراض الرأس - الدوخة - الصمم

أمراض الحساسية

دبلوم طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت 1953

طبيب سابق بمصحة الضمان الاجتماعي - درب غلف

CASABLANCA, LE

29 OCT. 2021

Dr. BERRADA Salah
OREILLES - NEZ - GORGE
Amal 1 Rue 38 N° 55
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 52 56

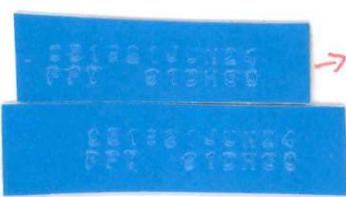
MEN-TONKI IDNISI IDHHA

Zadny 1 q (03 bits
230)

91,50 x 2

1 q de

1,5



183,00

→ 91,50
1 q de
1,5
Dr. BERRADA Salah
OREILLES - NEZ - GORGE
Amal 1 Rue 38 N° 55
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 52 56

Dr. BERRADA Salah
OREILLES - NEZ - GORGE
Amal 1 Rue 38 N° 55
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 52 56