

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0017602

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992 Société : RAM 127406

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JISMANI AHMED

Date de naissance : 25.01.59

Adresse : RES EL FAJR IMM F N° 11

BERNOUSSI EL QOUS

Tél : 06 75 59 26 51 Total des frais engagés 300,00 + 119,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 JUL 2022

Nom et prénom du malade : ATTIOU Bahlja Age : 10/04/17

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

Nature de la maladie : Affection ORL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 29 JUL 22 Le : 29/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
9 JUL 2022	G		300 DA	 Dr. BERRADA Salah OREILLES - NEZ - GORGE Amal 1 Rue 38 N° 55 Moussini Casablanca 20555

Dr. BERRADA Salah
OREILLES - NEZ - GORGE
Amal 1 Rue 38 N° 55
Sidi Bernoussi Casablanca
33-05-22 75 52 56

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL DANA DR. EL DANA Rue 2 N° 116 Bloc (C) quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca</p>	29/07/22	119,40

[illegible]

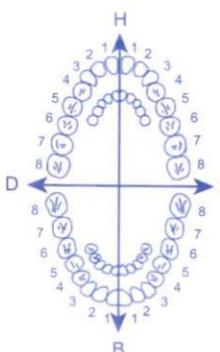
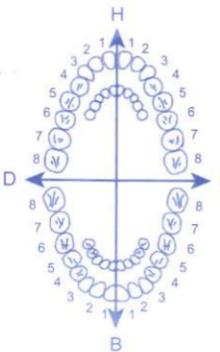
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient des Travaux <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
				Montants des Soins <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
				Début d'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
				Fin d'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient des Travaux <input style="width: 80px;" type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
				Date du devis <input style="width: 80px;" type="text"/>																					
			Date de l'exécution <input style="width: 80px;" type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>
				FIN D'EXECUTION	<div></div>	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

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



HAIRSTYLING

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**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'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 بَرَّادَة صَلاح

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن والأنف و الحنجرة

جراحة الوجه والفك والعنق

أمراض الرأس - الدوخة

أمراض الحساسية

دبلوم طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت 1953

طبيب سابق بمصحة الضمان الإجتماعي - درب غلف

CASABLANCA, LE

29 JUL. 2022

ATTIOU Baha

19,42,1 Anthiobyl

3 m 3 x 15 m 15

42,00,21 Eredini 207

3 q 1 - 15,52

58,00,31 Historm y (15-30)

T=119,40 y 15

Dr. BERRADA Salah

OREILLES - NEZ - GORGE

Amal 1 Rue 38 N° 55

Sidi Bernoussi Casablanca

Tel : 05 22 75 52 56

أمل 1، زنقة 38 (زنقة البنك الشعبي) رقم 55 (أمام عرصة مسجد الإمارات - شارع شوفوني) - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
Amal 1, Rue 38 (Rue de la Banque Populaire) N°55 (face jardin mosquée des Emirats - Bd Choufouni) - SIDI BERNOUSSI - CASA

05.22.75.52.56