

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

- 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.

N° W21-726693

MQ.fffV

13/9/99
13/11/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

10452

Société

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AMRAOUI SETTY

Date de naissance :

26/07/1975

Adresse :

Tél. : 0522 912636

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Loubna BERRADA
Médecin Généraliste
Imm. C32 Rés. Al Firdaous
H.H Casablanca
Tél. 05 22 90 55 25

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08/09/2022

Nom et prénom du malade :

EL AMRAOUI SETTY

Age :

Lien de parenté :

Un Membre Généraliste
Imm. C32 Rés. Al Firdaous
H.H Casablanca
Tél. 05 22 90 55 25

Conjoint

Nature de la maladie :

Dr. Loubna BERRADA
Imm. C32 Rés. Al Firdaous
H.H Casablanca
Tél. 05 22 90 55 25

Enfant

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 : 04/11/2022

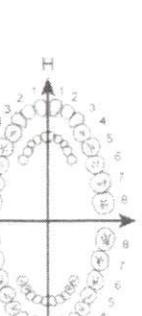


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/09/2018	Loubna BERRADA Medecin Généraliste C32 Rés. Al Firdaous H.H Casablanca 06/22/90/655	1	1500H	INP 06104142 Dr. Loubna BERRADA Medecin Généraliste C32 Rés. Al Firdaous Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARIBA - BOUTIQUE - CASABLANCA -</i>	<i>08.09.2021</i>	<i>119,05</i>

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		

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																								
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXÉCUTION																								
				FIN D'EXÉCUTION																								
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																								
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G		26533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		H	
				H		G																						
				26533412	21433552	00000000	00000000																					
				D		G																						
				00000000	00000000	35533411	11433553																					
				B		H																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DATE DU DEVIS																								
DATE DE L'EXÉCUTION																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																												

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



الدكتورة براة لبني

لطب العام

لفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمي

Casablanca, le :

Casablanca, le : 08/09/2022

Patient (e)

Patient (e): ELA TRAPAI SITTY

119,90-
x Cent. Afr. Forest
1. h
100,00- odd ex.



Pharmacie TAM
Pr. BENANI Jafar
15 Bd Chedjou, Oulfa
- CASABLANCA -
Tél: 05.22.50.12.00

Dr. Loubna BERRADA
Medecin Généraliste
Imm. C32 Rue Al Firdaus
H.H Casablanca
Tel. CS 22 90 56 25

App. N° 1. Imm. C32, Rée de chaussée, Résidence Al Firdaou - Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 56 25

شقة رقم 1، عمارة C32 ، سفلی إقامة الفردوس الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 56 25