

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8352

Actif

Pensionné(e)

Société :

BERNADA

Montanned

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

120 Layounie CASA

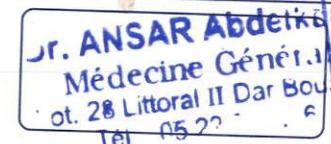
Tél. : 066182687

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/22

Nom et prénom du malade : BERNADA bila

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : secrécie Morphine

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 : CASA 26/11/22

Le : 26/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-66057

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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 praticien attestant le Paiement des Actes
22/3/22	C	1	110	Dr. ANSAR Abdellatif Médecine Générale Lot. 28 L'hôtel Dar Bouazza Tél: 0522 29 08 62

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

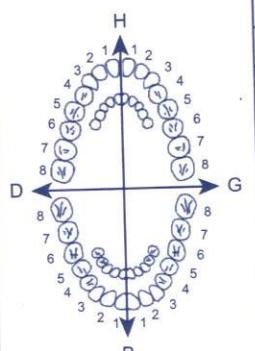
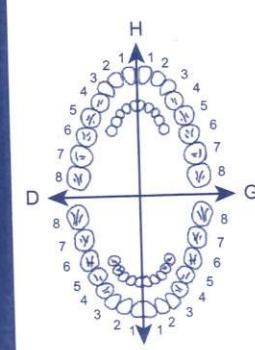
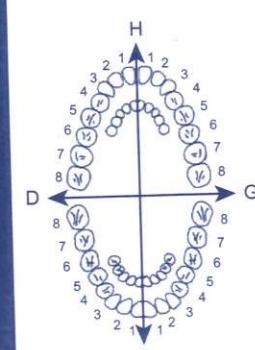
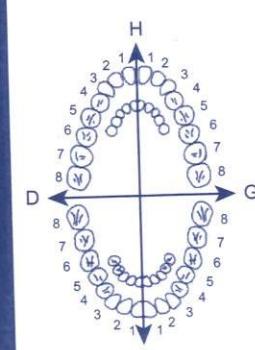
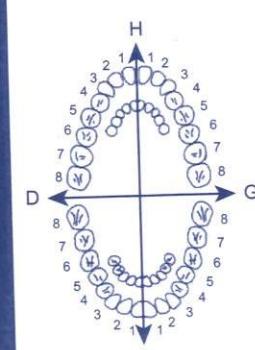
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV
Maria Berrada Allam Orthophoniste Résidence Alcazar - Bureau n°8 Angle Yacoub El Mansour / Cadi Bakkar Casablanca	2022/03/22				1.000,00 DH

VOLET ADHERENT

1000

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				
				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552	G	
D	00000000	00000000	B	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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'EXECUTION

Docteur Ansar Abdelkerim

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

MEDECINE GENERALE

Expert au près les Tribunaux
R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza
Tél. / Fax : 0522 29 08 62

الدكتور أنسار عبد الكريم
الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ ساقا
الطب العام
خبير محقق لدى المحاكم
رقم 28، الساحل II داربوعزة
الهاتف والفاكس : 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 22. 9. 2011 داربوعزة في :

Berra da Lida.

Prix 30 (francs) Seances
et Conférence pour dyslexie,
dyscalculie et Dysorthographie -



CABINET D'ORTHOphonie
Maria Berrada Allam
Résidence Alcazar – Bureau n°8
Angle Bd Yacoub el Mansour / Cadi Bakkar – Casablanca
Tél. 05 22 99 03 88

Casablanca, le 15/09/2022

ATTESTATION DE SUIVI ORTHOPHONIQUE

J'atteste par la présente que BERRADA lilia _____
bénéficie d'une prise en charge orthophonique du langage écrit
à raison d'une séance hebdomadaire les Jeudis de 18h00 à 19h00

Avec tous mes remerciements,
Maria Berrada Allam
Orthophoniste

Maria Berrada Allam
Orthophoniste
Résidence Alcazar – Bureau n°8
Angle Yacoub El Mansour / Cadi Bakkar
Casablanca

CABINET D'ORTHOphonie
Maria Berrada Allam
Résidence Alcazar – Bureau n°8
Angle Bd Yacoub el Mansour / Cadi Bakkar – Casablanca
Tél. 05 22 99 03 88
ICE 001593661000062

Casablanca, le ... 26.09.1991.....

DEVIS DE TRAITEMENT

La somme de ... 10000 Dirhams (1000,00 DH)
pour 30 séances de rééducation orthophonique ... du Langage écrit...
adressées à ... BERRADA lilia

Avec mes remerciements,
Maria Berrada Allam

Maria Berrada Allam
Orthophoniste
Résidence Alcazar - Bureau n°8
Angle Yacoub El Mansour / Cadi Bakkar
Casablanca