

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 canaux, 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 canaux.

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

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



N°D: 15035

UA

Déclaration de Maladie : N° S19-0000057

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10017 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERRADA NADIA Date de naissance : 02.04.1964
 Adresse : Rue 3, groupe W, n°58-60 EL Oulfa CASA
 Tél. 066123432 Total des frais engagés : 651,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/19
 Nom et prénom du malade : BERRADA NADIA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 JAN 2020

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) :

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
18/12/19			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



18/12/19



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

18/12/19

23

230,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B G [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

106.50

ANDOL
14.50



de Montpellier
ARTHROSCOPIE
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE
CHIRURGIE DE LA MAIN
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
MICROCHIRURGIE
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
CHIRURGIE DU SPORTIF

الدكتور نور الدين العامري
إختصاصي في جراحة
العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بمونبولي
طبيب سابق بمستشفيات هرنسا
جراحة أمراض الروماتيزم
جراحة المفاصل بالمنظار
جراحة اليد
الجراحة التجميلية

Le :

M BORRADA Nassim

14,50
1 -

Andol Nassim

106,50

106,50
1 -

Photoplate



121,00

Dr. Nouredine AMRI
Chirurgie Orthopédique
Angle Rte Azemmour
Abderrahmane, 3^e étage
Tél : 0522 89 62 89 - Casablanca

Casablanca, le 18/12/2019

IF : 2221555

Facture N° 4449/12/2019

Nom patient : BERRADA NADIA

Examen(s) réalisé(s) : RX PIED DROIT F/P

Date Examen(s) : 18/12/2019

Montant : 230 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
DEUX CENT TRENTEDIRHAMS

10, Imm. Communale, Avenue Route d'Azzammour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

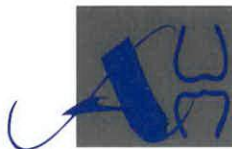
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

Dr Noureddine AMRI

Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologique
Diplômé de la faculté de médecine
de Montpellier,

ARTHROSCOPIE
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE
CHIRURGIE DE LA MAIN
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE
MICROCHIRURGIE
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES
CHIRURGIE DU SPORTIF



الدكتور نور الدين العامري

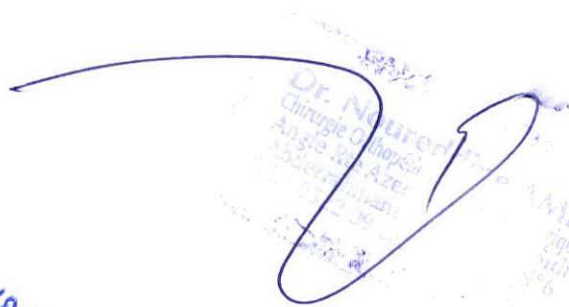
إختصاصي في جراحة
العظام و المفاصل
خريج كلية الطب بمونبولي
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
جراحة أمراض الروماتيزم
جراحة المفاصل بالمنظار
جراحة اليد
الجراحة التجميلية

Le :

18/12/20

Dr BORRADA MAOH

1 - Rx de l'avant - pied D^r



ORTHOPÉDIE HAY HASSANI ANF
Immeuble Communal Route
Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 89 10 10 / 05 22 89 07 07 - Cas.
Fax : 05 22 89 37 13

**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

18/12/2019

PATIENT : BERRADA NADIA
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX PIED DROIT F/P

Cher Docteur,

Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

RX PIED DROIT F/P

- ✓ Transparence osseuse homogène.
- ✓ Fracture horizontale, avec déplacement antérieur de la tête de la 1^{ère} phalange du 3^{ème} rayon.

Confraternellement
DR O. ALAMI

RADIOLOGIE HAY HASSANI ANFA
Immeuble Communal Route
Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane
Tél: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

R
A
D
I
O

P
A
N
O
R
A
M
I
Q
U
E

D
E
N
T
A
I
R
E

N
U
M
É
R
I
S
É
E

D
O
P
P
L
E
R

C
O
U
L
E
U
R

E
T

E
N
E
R
G
I
E

Nom : BERRADA Nadia
Mle : 10017
Adresse : Rue 3, groupe W, n°58- 60
EL Oulfa - Casablanca

DECLARATION

Je déclare sur l'honneur que le 18 Décembre 2019 matin, je me suis cognée le pied droit avec le bord de mon lit, ce qui a causé une fracture horizontale avec déplacement antérieure de la tête de la 1^{ère} phalange du 3^{ème} rayon comme résulte du compte rendu de la radio effectuée auprès d'un service de radiologie et dont ci-joint copie, à toute fin utile.

Signature

BERRADA Nadia