

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M22- 0020723

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

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société : RAM ASA 102

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : Veuve de Mezrouki Idrissi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0643960102 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02 SEP. 2022

Nom et prénom du malade : MEZROUKI Idrissi Mohamed Age : 09/09/2002

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Casablanca Le : / /

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


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 2 SEP 2022 | | | 300 DA |  DR. BERNOUSSI Salah OREILLES - NEZ - GORGE Amal Rue 38 N° 55 sidi Bernoussi Casablanca 22 75 52 56 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 02/09/22 | 174,- |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

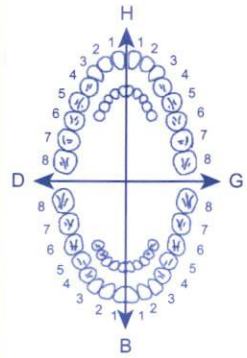
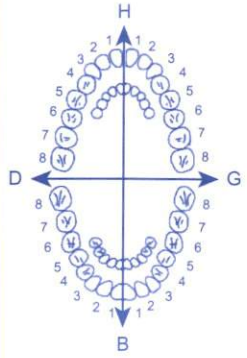
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | G | | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 بَرادة صلاح

خريج كلية الطب بباريس - فرنسا

اختصاصي في امراض و جراحة

الاذن والانف و الحنجرة

جراحة الوجه والفك والعنق

امراض الرأس - الدوخة - الصمم

امراض الحساسية

دبلوم طب الشغل

خبير محلف لدى المحاكم

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت 1953

طبيب سابق بمصحة الضمان الاجتماعي - درب غلف



CASABLANCA, LE

02 SEP. 2022

MENZO UKI 1 Dni sri Abdul moghli

58, x3

Histanorm 10 mg 30 comprimés

174, x3

les ni 3 mg

HISTANORM® 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00

EXP 08/2023
LOT 16045 2

HISTANORM® 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00

EXP 12/2023
LOT 1N028 1

HISTANORM® 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00

EXP 08/2023
LOT 16045 2

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

أمل 1، زنقة 38 (زنقة البنك الشعبي) رقم 55 (أمام عرصة مسجد الإمارات - شارع شوفوني) - SIDI BERNOUSSI - CASA
N°55 (face jardin mosquée des Emirats - Bd Choufouni) - SIDI BERNOUSSI - CASA

05.22.75.52.56