

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

- 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

Déclaration de Maladie

N° W19-579371

ND: 52383

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 74440

Société : FATH

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FARID FATHIMA EZZELHADID

Date de naissance : 10-12-1965

Adresse : 128 BD DR MOHAMED SEJMA 5

Les dalee

6001100879

Total des frais

Tél. : 05 22 20 45 45

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2020

Nom et prénom du malade : FARID EZZELHADID

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint

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) :



ACCUEIL

21 DEC 2020

Le : 20/11/2020

Age: 55

Enfant

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
20/11/2022	Dr. <u>Assmae Berrada</u> 159, Bruxelles El Hank Latijah n° 107 A Tél: 23.50.22 - Gourib	15	15000	INP: <u>085602196</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHJAJMA MEDIC ZEMJAMA	22/02/2023	20 28 67

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

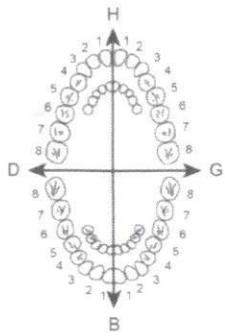
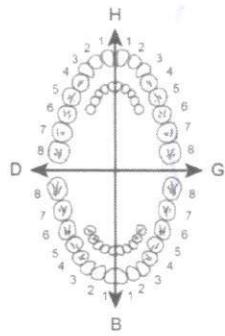
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
			H												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552		00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G	
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale
Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical
de la Faculté de Bordeaux
Stérilité et Fécondité du Couple
Colposcopie
Echographie Générale
Electrocardiogramme

الدكتورة أسماء براادة

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو

علاج عقم الزوجين

فحص عنق الرحم بالمنظار

الفحص بالصدى الصوتي

الخطيطات القلبية

20/11/2020

الدار البيضاء في :

Casablanca, Le :

Mme Farid Ep Kidia Fatima Zahra

329

DOGMATIL

1 gélule, matin et soir

740

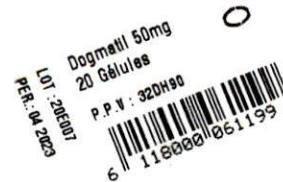
STRESAM

1 comprimé, 2 fois par jour, pendant 20 jours

173

CLOPRAME 10

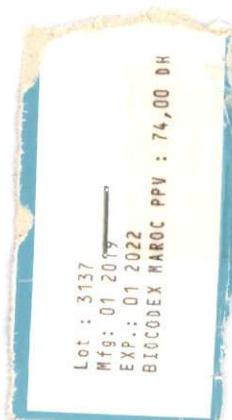
1 comprimé, 2 fois par jour, ayant les repas, pendant 4 jours



7415161



124
Casablanca 20-88-67
Avenue du Prince Moulay Abdellah
Nada 22 EMMAMA
PHARMACE LAHJAJMA



Dr. Asmae Berrada
159, Bourgogne El Hank
Lahjajma
Tél.: 05.22.26.50.22 - Gomh.