

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 620

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

BENHAR

Retraite

Laabi

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669101960

Total des frais engagés : 891, 20 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA GOUZI Mohamed Hicham
Maladies du Sommeil
Diabète - Cholestérol - Goutte
Nutrition - Obésité
119, Bd Msi Bouziane - Imme. Farhatine
3ème Etage - Casablanca - Tel. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 08 MARS 2024

Nom et prénom du malade : 75A) Age:

Lui-même

Conjoint

Entant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) : JO

Le : 08/03/2024

VOLET ADHÉRENT

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
01/03/2014 08 MARS 2014	6		2500,00	INPE: 091185631

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2014/03/24	891,20

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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	Montant des Honoraires	CoeffICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on each side, with H at					

Dr. Hicham BERRADA GOUZI

Spécialiste du Sommeil

Diabétologie - Nutrition et Maladies du Poids

Ancien médecin attaché aux hôpitaux de France

Membre des sociétés savantes françaises

SFRMS - SFD - SFN - AFERO

• Insomnies - Apnées - Polysomnographie

• Diabète - Insulinothérapie Fonctionnelle - Alimentation

• Cholestérol - Triglycérides - Goutte

• Obésité - Maigreur - Coaching Nutritionnel

Enfants - Adultes

الدكتور هشام براة كوزي

أخصائي اضطرابات النوم

داء السكري - التغذية - أمراض الوزن

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية للأبحاث الطبية

• الأرق - توقف التنفس - تسجيلات النوم

• داء السكري - المرأة الحامل - الطفل - الكبار

• الكوليستيرول - الدهون الثلاثية - التغذية

• السمنة - النحافة - التربية الغذائية - السلوكية

الأطفال و الكبار

PHARMACIE NARJI

131 Bd. Mohamed El Mansour

0522 2500 41/52 2500 41

0522 2500 41/52 2500 41

08 MARS 2024

الدار البيضاء 2

Casablanca le :

Mr Mme, Enfant :

1 - 19,50x4
780
Glycan 50 mg

9 - 69,00x6
414,00
Kalmame



2 - 19,60x9
176,40
Liposil

4 - 92,50
130,75

1 - 891,75

h

S.1

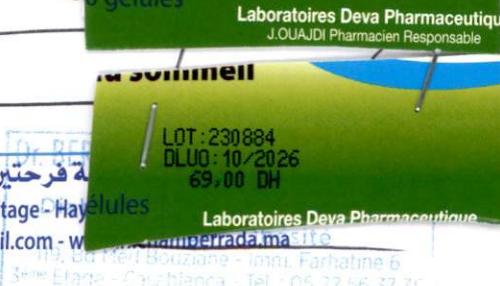
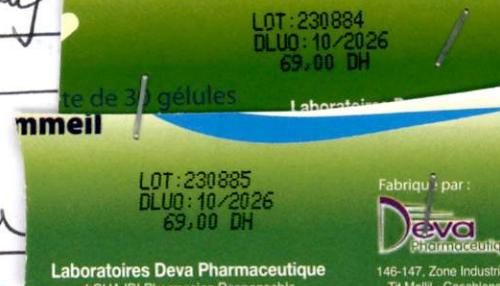
1.9

0.9

2.80

0.9

A revoir le :



فرحتين 6 - الطابق الثالث - حي السلام (فوق بنك BMCI)

119, Bd. Mohamed Bouziane - Imm. Farhatine 6 - 3ème Etage - Hay Eloues

05 22 56 37 38 cabinethberrada@gmail.com - www.cabinethberrada.ma site

119, Bd. Mohamed Bouziane - Imm. Farhatine 6
3ème Etage - Casablanca - Tel: 05 22 56 37 38

5- syndrome

1 et 2/f x 15

Dr. BERRADA GOUZI Mohamed Hicham

Maladies du Sommeil

Diabète - Cholestérol - Goutte

Nutrition - Obésité

119, Bd M'da Bouziane - Imm. Fathatine 6

05 22 56 37 38

