

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.



Declaration de Maladie

N° W19-532387

35366
☐ Optique

☒ A

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12297 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERRART MOUCINE

Date de naissance : 22/03/83

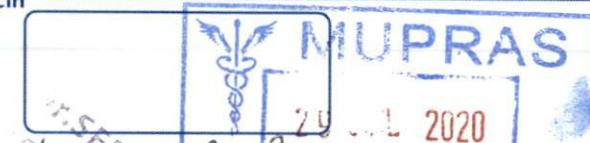
Adresse : Residence BEVERLY HOUSE A19 EL MANBOUJA

Bouznika :

Tél. : 0671461437 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/07/2020

Nom et prénom du malade : ZERRART MOUCINE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 28 / 07 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

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

INP

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

AMM : 218 DMP/21/M

Bétastène 0,05%, solution
buvable, flacon de 30ml



6 118000 0918 00

Doli
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 09/22
LOT 12159

17,50



LOT: M0207
EXP: MAR 2024
PPV: 78,60 DH



Montant détaillé des honoraires

A1

W

34

W

Soins

Nombre

AUXILIAIRES MEDICAUX

LOT:

PER:

PPV:

24140

Montant des Honoraires

Designation des Coefficients

Date _____

Cachet et signature du
Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHS

Montant de la Facture

Date _____

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

attachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

Montant détaillé des honoraires

Coefficient

Actes

Actes

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dr Mohamed SEDIRA
PÉDIATRE

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R

1^{er} étage. App. N°4 - Mohammedia

Tél.: C. : 05 23 31 06 08

Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع — الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

الطب الرياضي

15, شارع الجيش الملكي

الطابق الأول — شقة رقم 4 — المحمدية

05 23 31 06 08

العيادة :

المستعجلات : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le 14 / 2 / 2020 في المحمدية,

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant Salendous ZERRARI

78,60 Age = 2 mois / 5,4 kg.

11 Paracetamol 250mg

1 dose de 5,5 x 2/5
par jours

21 Paracetamol 250mg

56 gouttes / 5 x 2/5

31 Paracetamol 250mg

2 doses de 5,5 x 4/5 8/0/30

24,60 H1 Divalone nasale
1 petite x 2/5

504

M. SEDIRA Mohammed
Pédiatre
FAR 2^{ème} Etage
Mohammedia
Tél : 023.31.06.08

 PHARMACIE ATLANTIC
Route Côtière Rabat Km1
Mimoza - Mohammedia
Tél.: 05 23 33 00 47