

## 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° W21-613630

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5145 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDALLAH JAMAL

Date de naissance : 25.04.60

Adresse : 225 Rue ABOU ZAD DABOUSSE

MAARIF

Tél. : 0691510773 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BERRADA GOURI

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

Nature de la maladie :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 09/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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.

# 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 : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

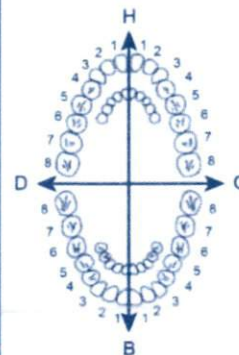
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

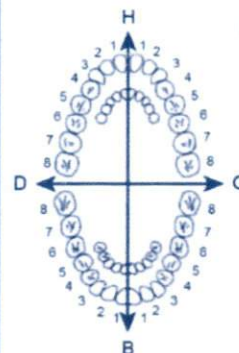
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>OXYMEDIC</b> MATÉRIEL MÉDICAL Ventes aux Professionnels Rue Prosper Méric - Casa Tél: 05 22 23 45 45 / Fax: 05 22 23 23 10	14/12/20	1412				2049,00
	14/12/20					
	14/12/20	1403				1146,00

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# 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

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOETHERAPIE - CHIMIOETHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE

12/12/20



090001405

Mme ~~PREMANA~~ A Gouzi Saoune -

- 1/ lit médicalisé + Matelas Alternating Auto mass -
- 2/ Entroctem d'O<sub>2</sub>
- 3/ Aspirateur de puanteur
- 4/ Nebulisateur
- 5/ potence

Dr M. BENNANI  
 Anesthésiste - Réanimateur  
 INP 091029067

DATE	14/12/2020
FACTURE	LOC 1412/20

Mme. Samira BERRADA

GOUZI

CASABLANCA

N°	RÉF	DÉSIGNATION	QT	P.U / T.T.C	TX/TVA	TOTAL / T.T.C
		LOCATION MATERIEL MEDICAL :				
	LOC O2 5L	Concentrateur d'oxygene	1			2000,00
	OPTI-BAR	Humidificateur	1			
	M3210	Masque facial	2			
	M3210	Lunette Nsale	2			
	HMS 3 PO	Lit médicalisé 3 po + Matelas	1			2040,00
ARRÊTE DU PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : QUATRE MILLE QUARANTE DHS			TOTAL H.T	TOTAL T.V.A	TOTAL T.T.C	
			3366,67	673,33	4040,00	

**OXYMEDIC**  
 MATERIEL MEDICAL  
 Ventes Aux Professionnel  
 1, Rue Prosper Merimée - Casa  
 Tél: 05 22 23 45 45 / Tél / Fax: 0522 230 210

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 12 / 12 / 2020

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5145 e-mail : jamaiben.6@gmail.com Phones : 0691510773  
Nom et Prénom de l'adhérent : BENABDALLAH JAMAL  
Nom et Prénom du bénéficiaire : BERRADA GOZZI SAMIRA

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr M. BERRADA  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BERRADA GOZZI SAMIRA  
Nécessite Hospitalisation  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 30 jours

Une hospitalisation de (approximatif) 30 jours  
A (préciser l'établissement hospitalier) : Hôpital de Casablanca

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



# Mylli Services

Maintien à domicile des personnes à autonomie réduite.

Client :

Mme. BERRADA GOUZI  
Samira  
- Casablanca

Facture / BL : 14037/2020

Date	Période	Responsable Client	Responsable Mylli Services
21/12/2020	Du 14/12/2020 au 20/12/2020	M. BERRADA GOUZI 06 61 22 23 28	M. Fouad HAKAT +212 661 37 74 38

Référence Mylli Services	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
INFRDJ	Infirmière à domicile, jour	05,5	350,00	1 925,00
INFRDJ	Infirmière à domicile, jour, dimanche et jour férié	01	525,00	525,00
Total				2 450,00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille quatre cent cinquante dirhams.

**Mylli Services**  
19, rue Masmouda (ex rue n°21)  
Hay Al Hanaâ - Casablanca  
Tél : 05 22 39 88 74



# Mylli Services

Maintien à domicile des personnes à autonomie réduite.

Client :

Mme. BERRADA GOUZI  
Samira  
- Casablanca

Facture / BL : 14460/2020

Date	Période	Responsable Client	Responsable Mylli Services
28/12/2020	Du 21/12/2020 au 27/12/2020	M. BERRADA GOUZI 06 61 22 23 28	M. Fouad HAKAKAT +212 661 37 74 38

Référence Mylli Services	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
INFRDJ	Infirmière à domicile, jour	07	350,00	2 450,00
INFRDJ	Infirmière à domicile, jour, dimanche et jour férié	01	525,00	525,00
Total				2 975,00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille neuf cent soixante-quinze dirhams.

