

# 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° W19-476593

72.142

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : .....

Matricule : 2948 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : M3

Nom & Prénom : LEMZAOUI

Date de naissance : 1946

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/5/21

Nom et prénom du malade : LEMZAOUI Dahmane Age: .....

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

Nature de la maladie : Colop. th. ....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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 : D. BERRADA Med. Anest. Hépat. Gastroentérologie Rue Agence 101 - La Tronche Tél : 05.27.64.66.12 Settat

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SIDI ELAYDI N° 6 - SIDI ELAYDI Tél : 0523 72 25 48	17/05/21	338,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

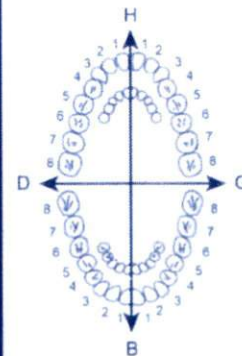
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

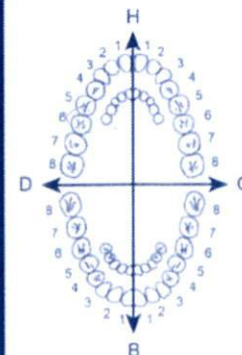
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[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

# DR. BERRADA MED ANOUAR

Spécialiste de l'Appareil digestif et du foie  
Endoscopie et chirurgie Anale  
(Hémorroïdes - Fistule et Fissure Anale)  
Ancien médecin de l'hôpital Hassan II



## الدكتور برادة محمد أنوار

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد  
الفحص بالصدى والمنظار الداخلي  
جراحة المخرج ( الدملى والبواسير )  
طبيب سابق بمستشفى الحسن الثانى

Settat, le 17/5/21 في

Tél : 0527 64 56 12

N° 6 - SIDI EL AYDI

Pharmacie SIDI EL AYDI

en 2001

Notaire

54,70

11

Diabener forte



14 x 2/1,5 aut

74,00

24

Carbonyl



1 dose x 3/1,5 aut

Sothema  
L. Tazi. Pharmacien Resp.  
CARBOSYLANE - 48 doses  
PPV 74,00 DH



6118001070393

65,10

31

Ultra-livon 200

B=20

1 gel x 2/1,5 x 10



145,00

41

seriane stress

1 gel x 2/1,5 aut

Maohar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
SERIANE STRESS GELULE  
B3C  
PPC : 145,00 DH

T = 338,70

Dr BERRADA Med. Anouar  
Hépto - Gastroentérologie

05 27 64 56 12 : الهاتف : « la Bel Vie » ( بجانب ) رقم 3 إقامة العروسي : زينة الحنطالي السابق

Résidence Laâroussi n° 4, rue Hansali 1er étage, appt. 3 (à côté de « la Bel Vie ») - Settat - Tél. : 05 27 64 56 12

عَمَّا لَمْ يَفْعَلُوا لِيُفْعَلُوا لِيُفْعَلُوا لِيُفْعَلُوا  
 لِيُفْعَلُوا لِيُفْعَلُوا لِيُفْعَلُوا لِيُفْعَلُوا  
 (يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْيَهُودِ) قُلْ يَهُودُ  
 رِثَاثُكُمْ يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْيَهُودِ قُلْ

Fah

EXP.:  
صالح لغاية

03 2023

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

المجلد ١٠ - العدد ١٠

54.70