

## 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.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10924 Société : RAN 158377  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SAKINE ILLANE  
Date de naissance : 07/07/1974  
Adresse : 80 Rue 74 RADISLAoui, Bordj Belvédère  
N°36  
Tél : 06326 8604 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

  
Dr BERRADA Mehdi  
Spécialiste en ORL et chirurgie  
de la face et du cou  
200, Rue Beni Meguid Boulevard El Fida,  
Bouchantout - Casablanca - Gsm : 0662 347 304  
Tel : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdi.berradi@gmail.com

Date de consultation : 28/03/2023  
Nom et prénom du malade : Sakine I Pham Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Sensation d'oreille bouchée  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :


### 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.



# 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
28/03/2023	CS		250 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/04/23	238,17

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

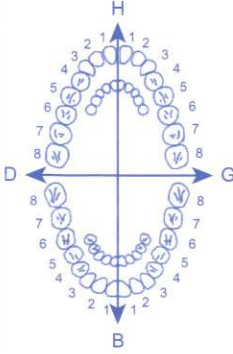
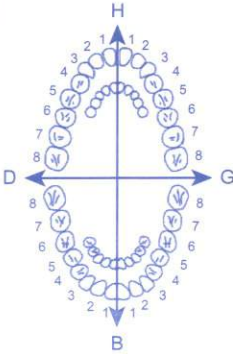
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr BERRADA Mehdi**

**Spécialiste en ORL et Chirurgie  
de la face et du cou**

**مهدى**

الأنف، الأذن،  
الحنجرة

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

Casablanca le, 11/04/2023, الدار البيضاء في،

Sakine I Pham.

119.5

1) Physiomer Lavage Nasale

~ 1

3.1 J

119.5



2) Risonel

non



2.1 J

238.1

**Dr BERRADA Mehdi**  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
de la face et du cou

200, Rue Beni Meguill Boulevard El Fida,  
Bouchentouf - Casablanca - Gsm : 0662 307 304  
Tel : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdibeorl@gmail.com

Dr BERRADA Mehdi  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
de la face et du cou  
200, Rue Beni Meguill Boulevard El Fida,  
Bouchentouf - Casablanca - Gsm : 0662 307 304  
Tel : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdibeorl@gmail.com

200, زنقة بني مكيلد شارع الفداء بوشنتوف - الدار البيضاء

200, Rue Beni Meguill Boulevard El Fida, Bouchentouf - Casablanca

Tél : 0662 307 304 - Fixe : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdibeorl@gmail.com

IMPORTER & DISTRIBUTOR:



S.I.P.  
Bldg n°56 - Str. 100  
Maadi - Cairo 11511  
Registration n°72

التعويض  
استشار شركة ستار للتجارة الدولية

**BOTTU SA**  
**PPC: 119 DH 00**



3 564300 001046

LOT



10010457

2022 02

2025 01

CETU2004  
CT21819A