

## 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° W21-663674

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 09454 Société : RAM

Matricule : 09454 Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ☐ BOUCHRA

Nom & Prénom : EL BYAD

Date de naissance : 13/03/1965

Adresse : PBBM

Tél. : 0676954581 Total des frais engagés : 195834

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Sofia EL MESBAHI  
Dermatologue Vénérologue  
Ras Ryad Al Qods, GH 3  
Iram 1, N° 6 - Bd Al Qods  
CASA - Tél: 0522 38 05 59

Date de consultation : 13 01/2024

Nom et prénom du malade : EL BYAD Bouchra Age : 58

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

Nature de la maladie : Douleurs Post Zosterienne

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 : CRABACHA Le : 13/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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
13/1/24	Cs	1	300,00	INF: 091163056 Dr. Sana EL MECHBAI Dermatologue Vénérologue Rés Ryad Al Qods, G.H. Imm 1, N° 8 Bd Al Qods CASA - Tél: 0522 38 05 59

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/1/2024	750,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

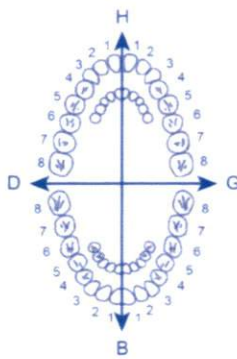
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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

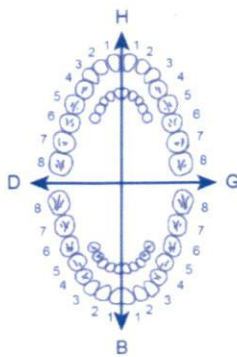
Somme		Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur SOFIA

DERMATOLOGUE

Allergologie

Dermatologie Pédiatrie

Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique

Laser

6 11800135000571  
NUPENTIN® 400 mg  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale

PPV: 122DH00

PPV: 122DH00

NUPENTIN® 400 mg  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale

6 11800135000571

NUPENTIN® 400 mg  
Boîte de 30 gélules  
Voie orale

PPV: 122DH00

الليزر

Le : .....

13/01/2024

Mme EL BYAD BOUCHRA

28,80 x 3  
1 - Vitanevril fort

1 Gélule, 3 fois par jour pendant 1 mois

122,00 x 3  
2 - Nupentin 400 mg

1 Comprimé, 3 fois par jour pendant 1 mois

39,60  
3 - Laroxyl gouttes

07 Gouttes le soir

780,00  
4 - RAZON 40 mg

1 Comprimé par jour

28

فوسفا مفاضا  
لصارة لفسا

28

فوسفا مفاضا  
لصارة لفسا

DR. SOFIA EL MESBAHI  
Dermatologue Vénérologue  
Rés Kyad Al Qods, GH 3  
Imm 1, N° 8 - Bd Al Qods  
CASA - Tél: 0522 38 05 59

Laroxyl®  
Amitriptyline

PPV: 39DH80  
PER: 09/26  
LOT: M3071

Ain Chock

28,80

PPV  
LOT  
PER

28,80

PPV  
LOT  
PER

28,80

PPV  
LOT  
PER