

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **éducation :**

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.

## **entaire :**

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.

## **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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

*CRRAN*

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0014945**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : **7086**

Société :

**RAM**

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : **JERÉL HASSAN**

Date de naissance : **01 - 01 - 57**

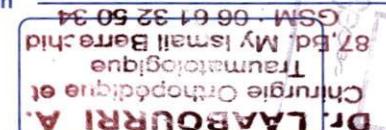
Adresse : **ER WAFA 14 237 MEROUA**

Tél. : **0621135066**

Total des frais engagés : **1022 DHS** Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : **25/09/19**

Nom et prénom du malade : **Fatima Lem Damach**

**10 OCT. 2019**

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

Fait à : **MEROUA**

Le : **01 / 10 / 19**

Signature de l'adhérent(e) :

*Ram*



#### **RELEVE 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 |
|-----------------|---|-----------------------|---------------------------------|--|
| 95/05/19        | ABDURRI A<br>Orthopédiologue et<br>Médecin généraliste<br>Hôpital Béthune<br>61325 SU JU<br>61325 SU JU | 23000                 |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                             | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| DOUWMA<br>Tiel, 0523 24 20 64<br>GEMEENHEIDSCENTRUM<br>VLAARDINGEN | 25/01/19 | 722,-                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>DIAGNOSTIC<br/>AU ZZ 201<br/>B-500 U 263<br/>13/10/08 08:55</i> | 05/10/2019 | 226                          | 250,-                  |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cache et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                    |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                    | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                    | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                    | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                    | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                    | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Berrechid le .....

25/09/19

Fatima Lembaudael

82,00 ~~Isok 800~~ S.V. 1x 2/1 Mels pd3f  
puis 1/0

37,00 ~~Duoxol~~ 1x 3/1 Frech. 1x 3/1

29,19 ~~Vegehom~~ 1x 2/1

86,90 ~~Ippsum~~ S.V. 1x 2/1

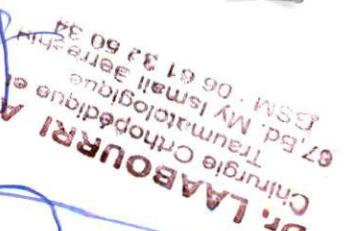
14,19 ~~Cimati~~ S.V. 1x 2/1 Bonheur

69,00 ~~Kolmar~~ 1 au Cimati

~~Nepanar~~ S.V. 1x 2/1

22,00

87، شارع مولاي اسماعيل - برشيد - المحمول : 06 61 32 50 34  
87 Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34



**GEL Rafraîchissant 45ml**  
**PPC : 79,50 DH**  
Ut av : **Mar/ 2021** Lot : **8582C1901**  
**MEDIPRO PHARMA**

**هیپانات** ٤٠ قرص 68,60 DH  
A consommer de préférence avant fin : 03/2022  
Lot n° 0067A

PRODUIT FABRIQUÉ PAR ESL s.p.a.   
 Via Industrie 1 Albisola Marina (SV) ITALY esl.it  
 et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid  
 Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

PPC : 149,50 DH

curarti forte®  
comprimate 924 149,50

O 26419 0422  
PPV 86DH96

86,90

37,00

LOT 19008200  
PE 02122  
P 820H00

LOT: 190165  
DLHD: 04/2022  
69,00DH

PPC : 144,--  
Lot :  
À consommer de  
préférence avant le :  
03/03

Curarti forte®  
comprile

# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAoui**

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE  
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le : ..... Berrechid, في :



**الدكتور علي عزاوي**

اختصاصي في التشخيص الطبي  
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)  
طبيب سبقا بالمستشفيات  
الجامعة بمونبولي

برشيد، في :

07 OCT. 2019

**Facture D036 / 2019**

**Je soussigné certifié avoir réalisé un examen**

**Radiologique : Rx genou gauche debout**

**Nom et Prénom : LEMBANDAD FATIMA**

**Pour la somme de 250,00DH**

**Deux cents cinquante dirhams**

**Signé : Dr. A.AZZAOUI**

Centre de Radiodiagnostic Berrechid  
Dr. Ali AZZAoui  
36-38 Rue Tarik Ibn Ziad 33 63 73 / 08 08 35 12 64  
Tél : 05 22 33 63 73

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

**Dr A. LAABOURRI**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport



**الدكتور عبد الله لعبوري**

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

Berrechid, le .....

85/09/10

Fatima Lembaud

Raies genou gauche  
F+P en charge

Dr. LAABOURRI  
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
GSM : 06 61 32 50 34  
Dr. AI AZZAOUI  
Centre de Radiologie Dr. Tariq El Zaiadi  
GSM : 06 61 32 50 34  
Berrechid

# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAoui**

Diplômé d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE  
RADIOLOGIE GENERALE — MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE-DOPPLER COULEUR — RADIO-PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE — TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U.)  
DE MONTPELLIER

Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)

Berrechid, le : .....



**الدكتور علي عزاوي**

اختصاصي في التشخيص الطبي  
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)  
طبيب سابق بالمستشفيات  
الجامعة بمونبولي

برشيد، في :  
07 OCT. 2019

**Nom et Prénom : LEMBANDAD FATIMA**

**Examen Pratiqué : genou gauche debout**

**Médecin demandeur : Dr LAABOURRI**

*Cher confrère*

*Merci de la confiance que vous nous témoignez.*

### **COMPTE RENDU :**

- Pas d'image lésionnelle osseuse ou ostéro-articulaire décelable*

*genou gauche debout  
FTI*

*Confraternellement  
Signé : Dr A.AZZAOUI*

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64  
Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 00185101500002

36-38 Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Centre de Radiodiagnostic Berrechid  
Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64  
Patente : 40702269 - I.F : 20719061 - I.C.E : 00185101500002

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid

Tél: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36 - 38، زنقة طارق ابن زياد - برشيد

الهاتف: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64