

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-445359

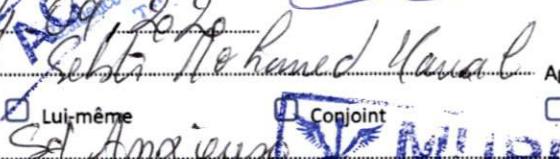
53080

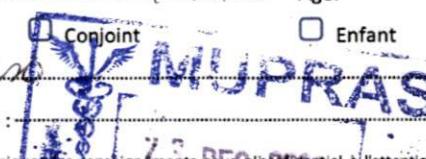


|                                  |  |  |                                 |
|----------------------------------|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique               | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)   |  | Société : R.A.M                                |                                 |
| Matricule : 629                  |  | Autre :  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | Nom & Prénom : Selma Néf KANAL                 |                                 |
| Date de naissance : 01/12/62     |  | Adresse : Avenue Sidi Boughaba 62 @ g mail.com |                                 |
| Tél. : 06.06.31.02.02            |  | Total des frais engagés : 7714 Dhs             |                                 |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |
| Cachet du médecin :    |                                   |
| Date de consultation : 09/09/2020   |                                   |
| Nom et prénom du malade : Selma Néf KANAL Age : 58  |                                   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| Nature de la maladie :  | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| 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 : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 09/09/2020



## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 24/09/00        | CS/PH             | 500 dh                | INP : 1111111111111111          | Pr. Soumire BERA<br>Psychiatre - Psychothérapeute<br>294, Rue de la République<br>Residence Space Alia 1er étage, 2 <sup>e</sup> arr. |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE H. O. BADR<br>Casablanca     | 21/10/2000 | 272,000               |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

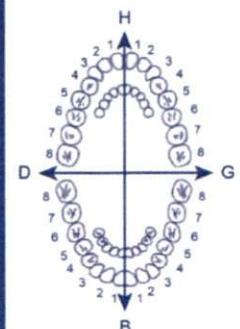
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

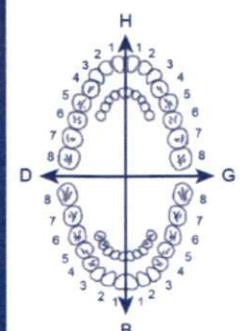
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

## VOLET ADHERENT

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



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| B | 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'EXECUTION

**Pr. Soumia BERRADA**  
**Psychiatre - Psychothérapeute**



Addictologue - Sexologue

Ex. Interne des Hôpitaux de Paris

Ex. Pr. à la faculté de Médecine de Casablanca

Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie

CHU Ibn Rochd, Casablanca

Thérapie Cognitive et Comportementale

Thérapie de Couple

Affirmation de Soi

Gestion de Stress

**الأستاذة سمية براادة**  
**طبية و معالجة نفسانية**

اختصاصية في الأمراض النفسانية

العصبية والإدمان والصعوبات الجنسية

طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً

أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً

رئيسة مصلحة مركز الإدمان بالمستشفى

الجامعي ابن رشد سابقاً

Casablanca, le :

24/09/2020

N'Selt A'l Ksoul

27+10

Tashrif gr



ACP + L

Pr Soumia BERRADA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
294, Bd. Yacoub Mansour  
Résidence Espace Anfa 2ème étage, Appt. 7  
Tél. : 05 22 94 59 59



إقامة فضاء أنفا ، الطابق الثاني - رقم 7 ، 294 شارع يعقوب  
me Étage - Appt 7 , 294 Boulevard Yacoub El Mansour - Casablanca  
الهاتف: 05 22 94 59 59

PPV 277 DH00  
PEH 01/22  
107 J270-2