

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

135151 Déclaration de Maladie

M22- 0011664

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14549 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDAI Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 17, Rue Laroche 19918 CHA

Tél. : 0662103375

Total des frais engagés : 796,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 Oct 2022

Nom et prénom du malade : BERDAI Mohamed Age : 65 ans

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

Nature de la maladie : Coxarthrose

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 : CHA Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médic
03/01/2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture	
<p>Pharmacie Boudlal - Hay Salam - Seta</p> <p>37, Rue My Salam - Hay Salam - Seta</p> <p>Tel: 03 23 40 35 50 - Seta</p>			

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Délégation Provinciale
N° 0611-23035
N° 0611-23035

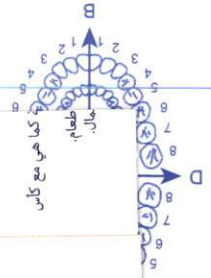
SYNTHEMEDIC
72 rue zoubair benou el anoun rochess
volres casablanca
LINE XTUM
20 mg
Boîte 14
FABRISOMEP 21/1800
118001
020591

14 comprimés gastro- résistants Par voie orale

14 قرص مقاوم للجهاز الهضمي



O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES



3 ampoules buvables
D-CURE® FORTE
Liciférol 100 000 UI D3
PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

3 ampoules buvables
D-CURE® FORTE
Liciférol 100 000 UI D3
PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

B		D	
35533411	11433553	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000	00000000
G		H	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX
VOLTAIRENE® LP 100 mg
Comprimé pelliculé
PPV: 51,30 DH

D'EXECUTION
FIN

PIASCLÉDINE®
300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA
Boîte de 30 gélules
PPV: 188,00 DHS
Distribué par Sothema-Bouskoura
AMM N°86/
EXPANSION
LABORATOIRES
EXPANSION
LABORATOIRES
Boîte de 30 gélules
PPV: 188,00 DHS
Distribué par Sothema-Bouskoura
118001 072644

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NT LE DEVIS



Le 03/10/2021

M^r BERDAH
Dohamed

188,00x3 Piascladine
1 gel / 5 Tu de 3 mois

51,30 Colbarene 100cp
1 gel / 5

49,60x2 D cure forte (2 boîte)
1 amp / 10 jms

82,10 Inexim 20mg

796,6P

Pharmacie PAM
El Mostafa BOUDLA
Docteur en Pharmacie
37, Rue My Slimane - Hay PAM
Tél: 03 23 40 35 53 - Settat



DR BERDAH
Commission Médicale
Provinciale Settat