

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

- 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.

N° W21-656922

147925

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 14549	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BERDAI Mohamed			
Date de naissance : 22/07/57			
Adresse : 81, Rue Larache App 18 casa			
Tél. : 06621663375 Total des frais engagés : 576,50 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 10/01/2023			
Nom et prénom du malade : Mr BERDAI Mohamed Age : 66			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Maladie chronique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie chronique			
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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **Alleida**

Le : **10/01/2023**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/01/1993	6		Gros Ch	INP : DR H. BERRADA Commissionaire à Settat Province de Settat INPE : 061125035

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PAM El Mestafa BOUDLAL Docteur en Pharmacie RUE My Slimane - H 1/08 23 49 35 662088079	10/01/2023	576,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

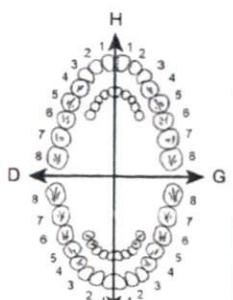
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

PPV: 138,30 DH
LOT: 645177

Veuillez joindre les radiographies en cas de protées ou de traitement canalaires, ainsi que le

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, l'émont, adjonction fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la pr

ctionnel, thérapeutique, nécessaire à la pré-

122 (80)

19,60

Hemofast®
Pommade

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT F512 PER 11/23
PPV 14.50 DH
6 Suppositoires
Voie rectale

PEB-042024
LOT: 21E009
DUPHALAC 56,5%
SOL. BUV. 200 ML 
P.R.V.: 45DH40

118000 010494

يشبه مرض البرتون
نقص إفراز الحمض على مستوى المعدة

كبسولة 28

حببات صامدة لغضافة المعدة

عن طريق الفم

LOT: M0777
PER: 05/2024
PPU: 190,00 DH

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
Direction Régionale
Casablanca- Settat
Délegation provinciale
Settat



المغربية
الصحة
الجهوية
الجماعات - سطات
الإقليمية
سطات

Ordonnance medicale

10/01/2023

DR BENDAI
N. dramed

138,30 ④ Augmenter 2 gel x 2/5 800 Dhs

46,00 ④ Digestive
1 gel 1/5 a/s repas

45,40 ⑤ Du phelac nizip
1 cie 5 x 2/5

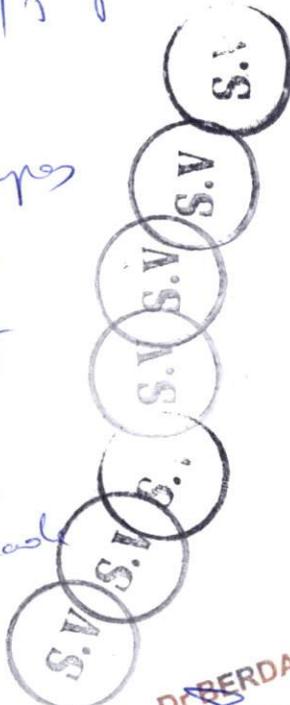
190,00 ⑥ INCSO 40422M
1 gel

14,50 ⑥ Hemofast
1 paire 1/5

19,60 ⑥ Hemofast
1 paire 1/5

122,70 ⑥ Daffon 500
1 gel x 2/5

576,50



DR BENDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 061125035