

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-656926

147923

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : L.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDAI Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : F1, Rue Coreche App 18 CASA

Tél. : 0662103375 Total des frais engagés : 38710 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/2023

Nom et prénom du malade : M. BERDAI Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie Respiratoire

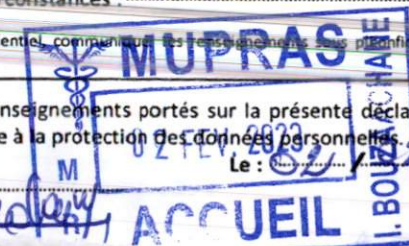
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 31/01/2023

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



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
31/01/2023				INP : Dr BERDANE Commission Médicale Provinciale Settat INPE: 061125035

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fabricateur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PAM El Mostafa BOUDLAL Docteur en Pharmacie Rue My Slimane - Hay PAM Tel : 05 23 40 35 58 - Settat	31/01/2023	387,10

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	

AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

AZIX

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70

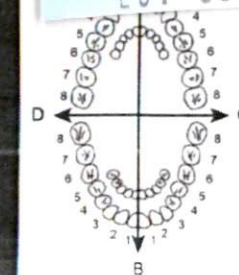
PER 12/23

LOT J3627

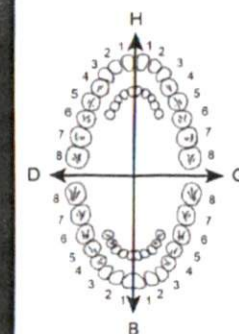
PPV 79DH70

PER 01/25

LOT L357



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Nexium 20

SYNTHEMEDIC

20 mg

Boîte 14

840750MP/20INRQ P.P.V: 82,10 DH

118001 020591

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCOF DES

MONT DES SOINS

DATE DE

DATE L'EXECUTION

RHINATHIOL 5% AD

SIRDP FL 200 ML

P.P.V : 39DH20

LOT : 20E009V

PER: 07 2023

118000 061403

PPV 79DH70

PER 06/25

LOT L2046-1

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ordonnance medicale

31/01/2023

Dr BERDAL Mohamed

79,70x2y AZIX 500 (2bites)
19/15 p.m.o.f.p.m

45,80 ③ Itrau 200y
3 p.m.o.f.p.m

39,20 ③ Alin-thal
1 c.s x 3 p.m

45,30 ④ Ventoline
2 bulles x 4 p.m

15,30 ⑤ Delipace 100
2 c.s x 2 p.m

~~82,10 ⑥ Inexic 200y~~
~~1 p.m~~
387,10



Pharmacie PAM
EIMMOBILIAIR
37, Rue bdy Siffert - Huy PAM
Tél: 05 23 40 35 58 - Settat



Dr BERDAL FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 061125035