

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.

AU 7923

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 4549	Société : R.A.M	Autres :
<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 : F1 Rue coreche App 18 casa		
Tél. : 0662163375	Total des frais engagés : 382,10	Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 31/01/2023	INPE: 801475975
Nom et prénom du malade : M. BERDAI Mohamed Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète de type 2	
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 : CASABLANCA Le : 02/02/2023
Signature de l'adhérent(e) : M. BERDAI Mohamed



ACCUEIL I. BOUAFIA / 8013

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/01/2023				INP : Dr BERDA Dr BERDA Praticien Commission Médicale Pratique Settat N°PE: 06125035

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Praticien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PAM El Mostafa BOUDLAL Docteur en Pharmacie Rue My Slimane - Hay PAM 01: 05 23 40 36 58 - Settat	31/01/2023	387,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

Nexium® 20 mg
SYNTHEMEDIC
72 rue soukier bneu al aquam roches
nouret casablanca
INE XIUM
Cp GR
20 mg
Boîte 14
640150MP 01INRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552
	00000000 00000000
D	00000000 00000000
	35533411 11433553
B	

(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

VENTOLINE 100 mcg Aérosol 200 doses P.P.V 45,30 DH

RHINATHIOL 5% AD SIROP FL 200 ML P.P.V: 39DH20

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



المغرب
الصحة
المديرية الجهوية
الدار البيضاء - سطات
المندوبية الإقليمية
سطات

Ordonnance medicale

31/01/2023

N° BERDAI FZ Mohamed

79,70 DZ TAZ 500 (2boute) 19,15 P 20,60 DZ



45,80 Ⓛ Iphone 20,49 7,20 DZ
3,49 DZ



39,20 Ⓛ RW stetil 1,55 x 3 DZ



45,30 Ⓛ Ventoline 2 boute = 47,00 DZ



15,30 Ⓛ Dispor 2 g = 100 DZ
2 g = 216



~~89,10 Ⓛ Inexim 20,49 1 jd 15
387,10~~



Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 061125735

Pharmacie RAM
El Moudawine
Cocheran 3000 AL
761 - 05 23 40 35 58 - Settat