

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

M22- 0052282

178909

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	6064	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZIZ ABDEL AZIZ			
Date de naissance : 15 01 1959			
Adresse : 7, Lot du Parc, Rés Yasmine N°15 Mohammedia			
Tél. :	661201729	Total des frais engagés :	398,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. BERDAL Fouad OMNIPRATICIEN 686, Bd EL Fida Hay Amal 1 Casablanca		
Date de consultation :	10/10/2019	Fax :	05 22 28 66 13
Nom et prénom du malade :	Rejine Abdellah		
Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	coleopathie + myopathie veineuse		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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				
10	C	1	150	
23				

Dr. BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
680, Bd El Hida Hay Amal 1
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 28 56 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BERDAI CASA SARL AU Tél/Fax : 05 22 28 86 77 02065712	10/10/2023	248.3

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation 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	

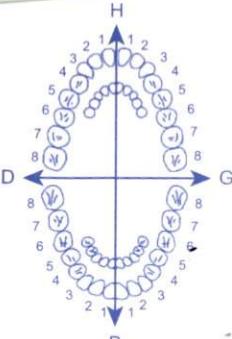
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

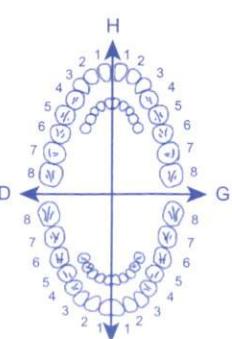
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553



[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS

CCEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Doctor HADJ FOUAD BERDAI

EXPERT ASSERMENTE
PRES LES TRIBUNAUX

OMNIPRATICIEN

MEMBRE DE LA COMPAGNIE
DES EXPERTS ASSERMENTES

686, Bd EL Fida - Hay Amal 1
Tél / Fax : 05 22 28 66 13
Casablanca 20550

دكتور الحاج فؤاد البرداي

خبير محفوظ لدى المحاكم

طبيب متعدد الاختصاصات

عضو جمعية الخبراء المحفوظين

1، شارع الفداء - حي الأمل 1

تلفاكس : 05 22 28 66 13

الدار البيضاء 20550

A 212

Abdella 813

Casablanca, le : 10.10.83 الدار البيضاء، في :

60.00

Mediweine CP

10.00

Aerodrey eau 10% gommée

29.50

1 applicateur au coude

Lot :
À consommer de
préférence avant le:
PPV: 79.50 DH

LOT: 23021
PER: 03/26
PPV: 100DH00



Dr. BERDAI Fouad
OMNIPRATICIEN
686, Bd EL Fida - Hay Amal
Casablanca

ARMACIA DE L'UNION CASA SARLAU
A. BERDAI
El Amal Anfa
Casablanca - Tél: 0522 28 66 13
00 182389900000
ANED

248.30

1 UP / 1

LOT 230424
EXP 03/2026
PPV 49.40DH

Carbosorb CP

3 sp/j apés 44
2100.00

Dr. BERDAI FOUD
OMNIPRATICIEN
686, Bd EL Fida Hay A
Casablanca

LOT 231036 1
EXP 03/2026
PPV 60.00