

**RECOMM<sup>AND</sup> A LIRE POUR  
IMPORTANTS 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 4549 Société : R.T.M

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom : BERDAI Mohamed

Date de naissance : 24/07/57

Adresse : 61, Rue Lyautey APP 18 CSA

Tél. 06 62 10 33 75 Total des frais engagés : 471,80 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade : Dr. BERDAI Mohamed Age : 66ans

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : Infection respiratoire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 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 : cas ABC 04/10/2023 Le : 04/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Abdelhakim



### 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
04/11/2023	c	Gratuit		Dr BERDAI FZ Concession Médicale Provinciale Settat INPE: 061125036

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU JAMAL Mme. LAMRANI Raja 61, Avenue 2 Mars - Casablanca Tél: 05 22 81 17 67	04-11-23	471,80

### ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

Le 04/11/2023  
Imprimé le 04/11/2023  
Version 1.0

**AZIX** Azithromycine 500 mg Voie orale  
**AZIX** Azithromycine 500 mg Voie orale

LOT: GA20237  
PER: 03/2024  
PPV: 75 DH 00

PPV: 14DH00  
PER: 11/24  
LOT: K3116

Coefficient des travaux

Montants des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

79120 79120  
PPV 79DH70 PER 01/25 LOT M204  
PPV 79DH70 PER 01/25 LOT M193  
DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V: 45DH40  
6 118000 010494

3 2 1 2 3  
B

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

LOT 211316  
EXP 04/12/2024  
PPV 99.00DH



Le

04/12/2023

Dr BERDAI  
D'hiver

2X ① AZIX 500 (2 boules)  
79,70 Acopl 15 p/1000ml



79,00 ② Apixel 500  
Né 5x3 fl



75,00 ③ Nizatine  
2 ml U nasale 1 J



Dolipron 1000  
150 x 2 fl



99,00 ④ Odes 20 mg  
1 gel 1 J



45,00 ⑤ Drophalate  
1 c à s x 2



471,80

Dr BERDAI FZ  
Commission Médicale  
Provinciale de Settat  
INPE: 061125035

~~PHARMACIE DU JASMIN  
Mme IAMRANI Rajaa  
61, Avenue Mars CASA  
Tél: 0522 811767~~

