

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 de caractère personnel.

N° W19-415588

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>03956</b>			
Matricule :	4549	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BERDAI Mokhamed
Nom & Prénom : <b>BERDAI Mokhamed</b>			
Date de naissance : <b>26/07/57</b>			
Adresse : <b>01 Rue Léonie APP 18 CASA</b>			
Tél. : <b>06 69 66 33 75</b>		Total des frais engagés : <b>311,40</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <b>Commission Médicale Provinciale Settat</b>			
Date de consultation : <b>05/03/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BERDAI Mokhamed</b> Age : <b>63 ans</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Affection Respiratoire</b>			
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** Signature de l'adhérent(e) : **Alberda**  
Le : **05/03/2020**



**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
05/03/2020	C	6		INP : Dr BERPAZ 12/10/15 Commission Médicale Provinciale Settat

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Provinciale Settat	05/03/2020	311,40

**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	
14/03/2020						

**Ventoline**

Respecter les doses prescrites  
liste 1 uniquement sur ordonnance

**ZITHROMAX 500 MG**

Boîte de 63 comprimés  
Lot : 1279481  
Date Fab. 08/2018 Date Exp. 07/2021  
PPV : 79,70 DH

**bronchokod**  
sans sucre  
Adultes

Voie orale

**Cataflam 50mg**  
Diclofénac potassium

هیستانورم 10 ملغم  
لوراتادين 58,00

Anti-inflammatoire, Analgésique.

NOVARTIS

25533412 21433552  
00000000 00000000  
00000000 00000000  
35533411 11433553

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

LOT : M0466  
EXP : MAR 2021  
PPV : 45,50 DH

41,80

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Scanné le 05/03/2020

Mr/Mme BERDAN Djahouad

29,70 Ⓛ 20thiavax 500



1cp/15 pdr 3j/m

45,30 Ⓛ Ventline spray



2 bouffées x 4 1/2

41,6 Ⓛ Brincholcod spray



1 cp x 3 1/2

45,50 Ⓛ Catabflam Tongue



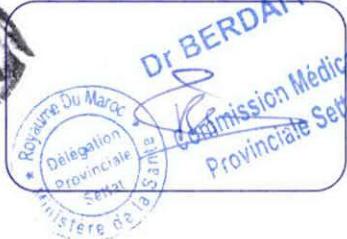
1 cp x 2 1/2

58,00 Ⓛ Histanium long



1cp/15

41,80 Ⓛ Arbscondyl 40mg



311,40

1cp x 2 1/2



Commission Médicale  
Provinciale Settat