

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 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier 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° W19-415588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERDAI Mohamed
 Date de naissance : 22/07/57
 Adresse : 01, Rue Lamine APP 18 CHSA
 Tél. : 0662 10 3375 Total des frais engagés : 311,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/03/2020
 Nom et prénom du malade : BERDAI Mohamed Age : 63 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection 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 : CHSA Le : 05/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : *Berdaï*

MUPRAS
05 Mars 2020
ACCUEIL

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
05/03/2020				INP : 106011101017 Dr BERDANE Commission Médicale Provinciale Settat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/2020	3.11,40

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	

ZITHROMAX
azithromycine 500 mg

Respecter les doses prescrites
liste 1 uniquement sur ordonnance

ZITHROMAX 500 MG

Boite de 03 comprimés

Lot : 1279481

Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2021

PPV : 79,70 DH

Ventoline



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PV 45,30 DH

/dose

bronchokod
sans sucre
Adultes

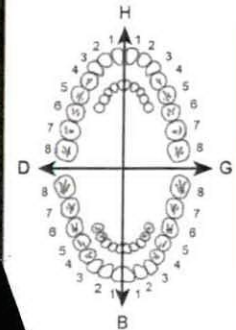
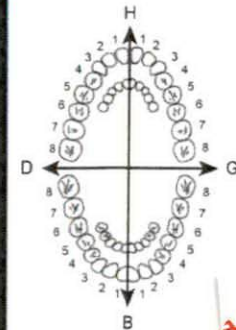
LOT:1113
PER:06/21
PPV:41,10DH

Cataflam 50mg
Diclofénac potassium
Voie orale
NOVARTIS
Anti-inflammatoire, Analgésique.

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

هيستانورم 10 ملغم
لوراتادين
52,00

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE



25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRA

MONTAI
DES SOI

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

AVLOARDYL
PROPRANOLOL
40 mg

41,80

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Settat le 05/03/2020

Mr/Mme BERDAN Mohamed

29,70 ② Azithromax 500
1 cp / 15 jrs

45,30 ③ Ventoline spray
2 bouffes x 4 / jrs

41,60 ③ Brachocodine
1 cp 5 x 3 / jrs

45,50 ④ Cataflam 100mg
1 cp x 2 / jrs

58,00 ⑤ Histamin 100mg
1 cp / 15 jrs

41,00 ⑥ Arloscardyl 400mg
1 cp x 2 / jrs

311,40



Pharmacie PAM
El Moukha BOUDJAL
Rue de Pharmacie
N° : 23 40 35 58 - Settat

Cachet du médecin

Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settat

Royaume Du Maroc
Délegation
Provinciale
Settat
Ministère de la Santé