

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-526272

74178

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <u>R.A.M</u>	
Matricule : <u>4549</u>	Autre :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom : <u>BERDAM Mohamed</u>	
Date de naissance : <u>22/01/57</u>		Adresse : <u>81, Rue Conde Che CRA</u>	
Tél. : <u>0662112375</u>		Total des frais engagés : <u>367,00</u> Dhs	

Commission Médicale
Principale Section
Principale Section

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>BERDAM D. Chahed</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Age: 64</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Rhinite</u>			
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 Le : 24/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : BERDAM D. Chahed

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
21/05/2021	C	6	INP : 06111210158	Dr BERDAI FZ Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Dr BERDAI FZ PHARMACIE D'AL	21/05/2021	367.00

ANALYSES - RADIOPHARIES

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	

LOT: GA00182
PER: 01/2022
PPV: 75 DH 00

Le pr
Import
Veuillez
SOIN
Montant
du soin
LOT 202634
EXP 11 2025
PPV 45,80

Montant des soin
Debut d'Execution
Fin d'Execution

38.00

OMEGEN®
Oméprazole
20 mg
14 gélules
microgranules gastrorésistants

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NAZAIR®
Fluticasone propionate
Cipla 50 µg
Montant des soin
Debut d'Execution
Fin d'Execution

NAZAIR®
Fluticasone propionate
Cipla 50 µg
Montant des soin
Debut d'Execution
Fin d'Execution

DREUS® 5 mg
30 Comprimés déliculés
PPV : 78DH20
PER : 10/22
LOT : J2861-3



ORDONNANCE MEDICALE

21/05/2021

BERDAAZ Nolceen,



55,00 ₣ Spectum 200

1 g x 21 + po 0.05

45,80

② Ibrine 20 mg
3cp/1T



75,00 ₣ ③

Nazair 12
1 ml v x 21

Pharmacie PAM

El Mostafa BOUDLAL

Docteur en Pharmacie

37, Rue My Slimane - Hay PAM
Tél : 05 23 40 35 58 Settat

75,20 ₣ ④

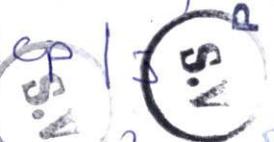
Ioresus 5g

10cp 1/3
20cp 1/3

38,00 ₣ ⑤

Omega 5

367,00 ₣ ⑥



Dr BERDAZZ
Commission
Provinciale Settat