

## 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 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

- 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.

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° W21-656920

Pa  
lourie

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4549			
Société : R.A.M.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BERDAI Mohamed			
Date de naissance : 21/07/57			
Adresse : 81 Rue Chache Opp 18 CASA			
Tél. : 0662163375		Total des frais engagés : 514,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 26/11/2021			
Nom et prénom du malade : BERDAI Mohamed Age: 64			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Infection pulmonaire + laryngite			
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 : 09/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : Abdellah

Le : 09/11/2021

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-656920

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549  
Nom de l'adhérent(e) : BERDAI  
Total des frais engagés : 514,00  
Date de dépôt : 09/11/2021

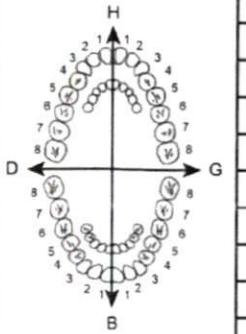
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/11/2021	101,20	INP : 0611158P1 Dr BERBERI	Dr BERBERI Commission Médicale Prov. de Settat	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'OUED RACHID	26/11/2021	514,00
BOUDLAL		
Dr. M. Boudlal		
37, Rue M. Slimane - Hay PAM		
Télé: 05 23 46 55 58 - Settat		
062048079		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SYNTHMEDIC 17 rue zoubir bneu el aouam roches noires casablanca INEXIUM		SYNTHMEDIC 17 rue zoubir bneu el aouam roches noires casablanca INEXIUM													
20 mg Boîte 14 640/15DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH 6 118001 020591	Cpr GR	20 mg Boîte 14 640/15DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH 6 118001 020591	Cpr GR												
ZECLAR 500 mg Clarithromycine		TRANSILAC Lactulose													
SOINS DENTAIRES		DE TRAVAUX													
		<table border="1"> <tr><td>MONTANTS DES SOINS</td></tr> <tr><td>DEBUT D'EXECUTION</td></tr> <tr><td>FIN D'EXECUTION</td></tr> <tr><td>COEFFICIENT DES TRAVAUX</td></tr> <tr><td>MONTANTS DES SOINS</td></tr> <tr><td>DATE DU DEVIS</td></tr> <tr><td>DATE DE L'EXECUTION</td></tr> </table>		MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION					
MONTANTS DES SOINS															
DEBUT D'EXECUTION															
FIN D'EXECUTION															
COEFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<table border="1"> <tr><td>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</td></tr> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000 35533411 11433553</td> </tr> <tr><td>G</td></tr> <tr><td>B</td></tr> <tr><td>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> <tr><td>H</td></tr> <tr><td>D</td></tr> <tr><td>G</td></tr> <tr><td>B</td></tr> </table>		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	00000000 00000000 35533411 11433553	G	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	D	G	B
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
H	25533412 21433552 00000000 00000000														
D	00000000 00000000 35533411 11433553														
G															
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
H															
D															
G															
B															
<table border="1"> <tr><td>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td></tr> </table>		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	<table border="1"> <tr><td>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td></tr> </table>		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
Direction Régionale  
Casablanca- Settat  
Délegation provinciale  
Settat



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المديرية الجهوية  
الدار البيضاء - سطات  
المندوبية الإقليمية  
سطات

Ordonnance medicale

Le 26/11/2021

DR BERDAI  
Draouad

192,20 Zeddu 500  
1cp/5



82,60x2 INealium 500  
1cp/5



36,40 Komed 200g  
3cp/5 P d.o. pris



49,80 flagyl 500  
1x 2/5



71,45  
514,00

Pharmacie PAF  
El Mostafa BOUDAI  
Docteur en Pharmacie  
37, Rue My Slimane - 10000  
Tél : 05 23 02 22 22



DR BERDAI FZ

Commission Médicale  
Provinciale Settat

INL 061121035