

## 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.

N° W21-697795

120623

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4549 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BERDAI Mohamed			
Date de naissance : 12/07/57			
Adresse : 81, Rue Laische BP 18 CASA			
Tél. : 0669103375 Total des frais engagés : 385,80 DHS			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 21/06/2022	
Nom et prénom du malade : BERDAI Mohamed	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : colopathie fonctionnelle + douleur	
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 : 29/06/2022  
Signature de l'adhérent(e) : Abdellah

VOLET ADHERENT

### 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
1/10/2022		G		INP : 061112N0130 Dr BERRADA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOURGEOIS - SAIDI	1/10/2022	3.85,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

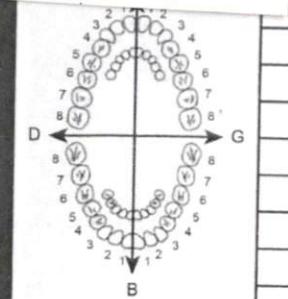
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Amoxil 1g  
amoxicilline

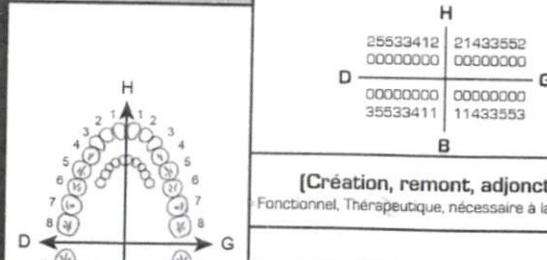
E PPV : 55,00 DH  
LOT : 645162  
Cet étui contient 12 comprimés dosés 1g, soit 12g d'amoxicilline.

Amoxil 1g  
amoxicilline

E PPV : 55,00 DH  
LOT : 644911  
Cet étui contient 12 comprimés dosés 1g, soit 12g d'amoxicilline.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



P.P.V : 45.80 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

BEDELIX 3G  
SACHETS B30

P.P.V : 57DH70

6 118000 010234

SYNTHEMEDIC  
77 rue zoubair boun al aquam roches  
notres casablanca  
INEXIUM

20 mg  
Boîte 14  
64015DM/21/NRQ P.P.V : 82,10 DH IS.  
6 118001 020591

canalai  
PER 11-2025  
INP  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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



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

Ordonnance medicale

21/06/2022

M<sup>r</sup> BERDAI

Djalma

55,00 x 2	① Amoxic 1g 15g x 3 / 15 jours	
45,80	② Ifone 20ug 3g / 15 jours	
88,10	③ Inektin 20ug 1g / 15 jours	
49,40	④ Neteospan 10 PAM 1g / 10 jours	
49,80	⑤ Playal 100 mg 100 mg / 10 jours	
57,20	⑥ Betelia 1000mg x 10	
<u>385,00</u>		

Dr BERDAI FZ  
Commission Médicale  
Provinciale Settat

