

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



M22- 0011665

126971

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4549**

Actif

Pensionné(e)

Société :

R.AM

Nom & Prénom :

BERDAI Mohamed

Date de naissance :

22/07/87

Adresse :

**81, Rue Salé Che Dpp 18
CASA**

Tél. :

0662113325 Total des frais engagés :

546,50 Dhs

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/08/2022

Nom et prénom du malade :

Youssra BERDAI

Age : **25 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Anaphylaxie + rhinitis

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **24/08/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Yousra BERDAI**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/08/2022		2	100,00	<p><i>Dr BERDAL</i></p> <p>Dr BERDAL Commission Médicale Provinciale Settat INPE: 061125C35</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Prat. PHARMACIE HAY PAZ El Mostafa BOUDLAL Doct. En Pharmacie Rue Hay Slimane - Hay PAZ Tel: 05 23 40 25 50 - SIDI	12/08/2022	546,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDÉ CLAVULANIQUE
ADULTE

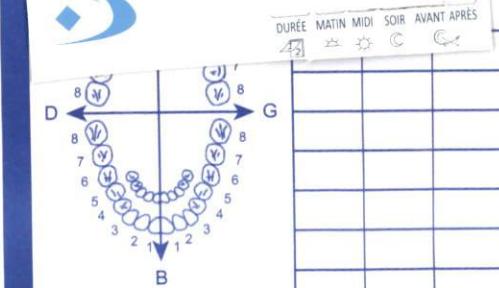
500mg/62,50mg
Comprimé

PPV: 138,30 DH 16 Prises
LOT: 644932

Izone®
Pred-

20 mg
20 comprimés durables

P.P.V: 45,80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

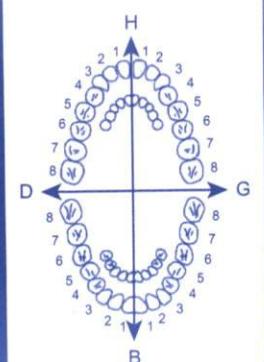


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

ciférol 100 000 UI
D3

H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	00000000 00000000
G	35533411 11433553



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

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDÉ CLAVULANIQUE
ADULTE

500mg/62,50mg

PPV: 138,30 DH
LOT: 644932

CARBOSORB®
Transit

LOT: 220098
PER: 03/2025
PPC: 79,50DH

DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V: 45DH40
6 118000 010494

D-CURE® FORTE

calciférol 100 000 UI
D3

D-CURE® FORTE

PPV: 49,60 DH
LOT: 21I16
EXP: 09/2024

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



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

Dr BERDAI FZ Ordonnance medicale
Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 061125035

Le 12/08/2022

Mme Youssef
BERDAI

- 138,30 X 2 ④ Ampoules 500 mg
2cp x 2/5 p der 0,8g/m
- 45,80 ③ Ibove 20 mg
2cp 1/5 p
- 29,50 ③ Coubasob
1gel x 4/5 tube repos
- 45,40 ④ Diphilac 500 mg
1ce 5x 3/5
- 49,60 X 2 ⑤ D une forte
546,50 ⑦ Amp 1/5 jrs

