

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6064 Société : AU1AU42

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZIZ ABDELAZIZ

Date de naissance : 15-01-1959

Adresse : 7. lot du Parc , Rond yasmine  
Mohammed

Tél. : 0661201729 Total des frais engagés : 150.441,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr.BERDAI Fouad  
OMNIPRATICIEN  
686,Bd EL Fida Hay Ama 1  
Casablanca  
10/Fax: 05 22 28 66 13

Date de consultation : 29/01/2019

Nom et prénom du malade : AZIZ Alla Age : 61

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite + colite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ALD

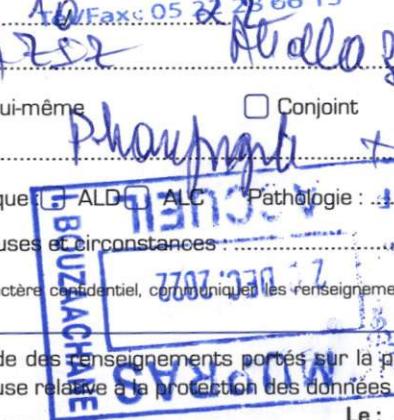
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : malaise

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : 



#### **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
29 10 2022	C	1	15000	Dr.BERDAI Fouad OMAUPRATICIEN FIDEL Fida Hay Amal 1 Casablanca 28 56 13

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL BADRIDI M Tunis 05-13-23	29/10/22	111,90

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

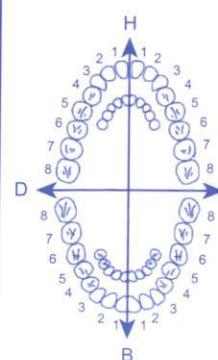
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

#### **(Création, remont, adjonction)**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur HADJ FOUAD BERDAI

EXPERT ASSERMENTÉ  
PRES LES TRIBUNAUX

OMNIPRATICIEN

MEMBRE DE LA COMPAGNIE  
DES EXPERTS ASSERMENTÉS

686, Bd EL Fida - Hay Amal 1

Tél / Fax : 05 22 28 66 13

Casablanca 20550

23 31 25 54

الدكتور الحاج فؤاد البرداي

خبير محقق لدى المحاكم

طبيب متعدد الاختصاصات

عضو جمعية الخبراء المحققين

686، شارع الفداء - حي الأمل 1

تلفاكس : 05 22 28 66 13

دار البيضاء 20550

Casablanca, le : 29 - 10 - 22 الدار البيضاء، في

Augmentin 1g

(S.V)

PPV: 138,30 DH  
LOT: 648626  
PER: 03/24

Relaxum 3.00

(S.V)

ANT  
LOT: 200323  
DLUD: 10/2023  
87,00DH

Dr. Cure

25.000 DT

Dr. Cure

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21I03D  
EXP: 09/2023

Bedelix

Dr.  
ON  
686,80

LOT: 20E028F  
BEDELIX 3G  
SACHETS B30  
P.P.V: 57DH070

6 118000 010234

DAKTARIN gel buccal

1 applicator

30g

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH

6 118001 180745

Dr.BERDR.  
OMNIPRATIC  
686,Bd EL Fida May Amal 1  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 28 66 13

Dr. RACHIDI  
SINARAI, Lot 13, Alm. 20  
Tél. 05 23 31 75 54

530

441.90