

# 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

- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0050852

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 162572  
 Nom & Prénom : BERDA Mohamed  
 Date de naissance : 21/07/57  
 Adresse : 81, Rue Carache BP 18 CAS A  
 Tél. : 066 21 3375 Total des frais engagés : 934,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....  
 Nom et prénom du malade : BERDA Mohamed Age: .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Coxarthrose  
 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 : CAS A Le : 26/04/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES SOINS 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
26/04/2023	C			Dr BERDANE Commission Médicale Provinciale Settat INPE: 061126026

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

26/04/2023 93430

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

PIASCLÉDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



PIASCLÉDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

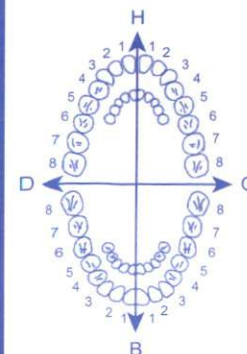


PIASCLÉDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE

DEPO-MEDROL®  
80 mg/2 ml  
suspension injectable  
acétate de méthylprednisolone

GL0293  
02/2027  
P.P.V.: 37DH70

LOT N°: 0913  
EXP: 03/2026  
PPC: 87 DH

PPV  
LOT  
PER

28,80

PPV  
LOT  
PER

28,80

TESTANT L'EXECUTION



Dr BERDAI FZ  
Commission Médicale  
Provinciale Settat  
INPE: 061125035

Le: 26/04/2023

## ORDONNANCE

Pharmacie PAM  
El Mostafa BOUDLAL  
37, Rue My Sillmane - Hay Pam  
Tél: 05 23 40 35 58 - Settat  
Inpe: 062048079

Dr BERDAI FZ  
N. Shamed

188, 2x4 ① Piascladine 300

1 gel / 5 Tu de 3 mois

28, 2x2 ② vitanevit fort  
2cp x 2 / 5

37, 70 ③ Depo medel 80mg  
15 jeh IN

87, 0 ④ Biflex gel  
1cp x 4 / 5

934, 30



Dr BERDAI FZ  
Commission Médicale  
Provinciale Settat  
INPE: 061125035

