

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



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

## Déclaration de Maladie

M23-0022359

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDA Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81 Rue Conakro App 18 CASA

Tél. : 0662 60 3375

Total des frais engagés : 728,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DR BERDA Mohamed Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Coxarthrose diabète

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 : 24/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# RELEVÉ 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
22/11/23	C		Gratuit	Dr BERDAI FZ Commission Médicale PPV: 06125035

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/11/23

728,30

# 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

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents

Nature des

Coefficient

PIASCLE

هذا الدواء بعيداً عن تناول و مرأى الأطفال

التعليمات العلاجية:  
يوصف هذا الدواء كعلاج للأعراض (آلم و انزعاج وظيفي)  
بتأثير متأخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة.  
يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة  
من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب تناول:  
عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس  
كبير من الماء.  
1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام.  
يجب قراءة النشرة يتمعن قبل الاستعمال.  
عائلة: 30 ك 30

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

6 118001 072644

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

6 118001 072644

CCEFI

DES



VOLTARENE® LP 100 mg  
Comprimé pelliculé  
PPV : 51,30 DH  
1232204 MA TA

MONTANTS

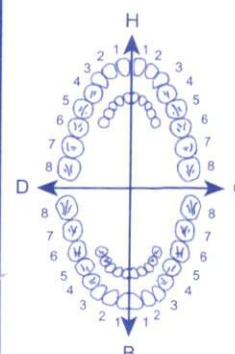
LOT 211316  
EXP 04/2024  
PPV 99.00DH

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



# Doliprane®

PPV: 14DH00  
PER: 11/24  
LOT: K3116

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



Dr BERDAI FZ  
Commission Médicale  
Provinciale Sousse  
INPE: 061125035

Le 22/11/2023

M. BERDAI FZ

128,30 x3 ① Paracétamol 300  
1 gelule 3 fois

51,30 ② Voltaren 100  
1 gelule

14,00 ③ Doliprane 1000  
1 gélule x 2/j

99,00 ④ Odey 200  
1 gelule

PHARMACIE EL JASMIN  
Mme. LAMRANI Hajja  
61, Avenue 2 Mars - GUSA  
Tél: 05 22 61 7 654

PHARMACIE EL JASMIN  
Mme. LAMRANI Hajja  
61, Avenue 2 Mars - GUSA  
Tél: 05 22 61 7 654



Dr BERDAI FZ  
Commission Médicale  
Provinciale Sousse  
INPE: 061125035