

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

M23- 022359

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4549 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERDAI Mohamed

Date de naissance :

22/07/57

Adresse : 81, Rue Corache App 18 CASA

Tél. 0662103375

Total des frais engagés : 728,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Coxarthrose droite

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) :

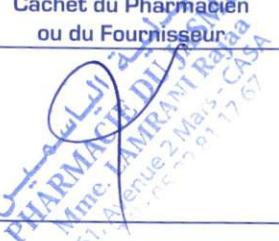
berday

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
22/11/23			Gratuit	  Dr BERDAI PZ Commission Médicale Professionnelle Settat INPE: 06112505

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme LAMRANI REDA 61, Avenue 2 Mai 17 - Casablanca	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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents	Nature des	Coefficient
PIASCLE	300 mg	هذا الدواء بعيداً عن متناول و مراقي الأطفال	
التعليلات العلاجية: يوصى هذا الدواء كعلاج للأعراض (أم و ازعاج وظيفي). يتأخر متاخر للاعطال المفصلي للورك والركبة. يوصف هذا الدواء كعلاج مكمّل لدى المعاشرة من بعض أمراض النساء. طريقة وأسلوب التناول: عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء. 1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام. يجب فرقة الشارة بتعذر قبض الاستعمال. على ...: 30 كـملة			
PIASCLEDINE® 300MG Boîte de 30 gélules Distribué par Sôthema-Bouskoura FPV : 188,00 DHS	PIASCLEDINE® 300MG Boîte de 30 gélules Distribué par Sôthema-Bouskoura FPV : 188,00 DHS		
 6 118001 072644	 6 118001 072644		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553			
B			
D (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
G			
B			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			



Dr BERDAI FZ
Royal Office of Morocco
Provincial Delegation
Cettab
Ministry of Health
Commission Médicale
Proviale de la Santé
INPE: 061125035

Le 22/11/2023

Mr BERDAI Noham

138,00 x 3 ④ Rias cledine 300
1 sel 1/2 au 3 mire

51,30 ② SV Voltaren 100

111,00 ③ Polipac 100
1/2 x 2/1

99,00 ④ oeds 500g SV
1 sel 1/2

728,30

PHARMACIE DU JAMMIN
Mme. LAMARRE
61, Avenue 21 Novembre
Tel: 05 22 61 55 55

PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMARRE
61, Avenue 21 Novembre
Tel: 05 22 61 55 55



Dr BERDAI FZ
Royal Office of Morocco
Provincial Delegation
Cettab
Ministry of Health
Commission Médicale
Proviale de la Santé
INPE: 061125035