

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 066658

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M. 116869

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDA Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Larache APP 19 Hay ESSAZAM

CASABLANCA

Tél. 0662103375 Total des frais engagés : 509,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2022

Nom et prénom du malade : BERDA Youssouf

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Infection respiratoire

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 : CASABLANCA Le : 30/05/2022

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

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

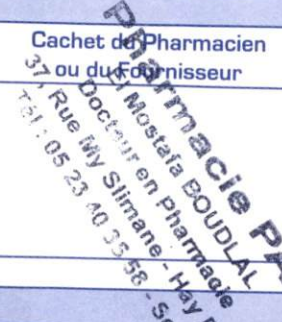
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|

|            |   |  |       |                                                                                    |
|------------|---|--|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 16/04/2022 | C |  | 6.000 |  |
|------------|---|--|-------|------------------------------------------------------------------------------------|

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 16/04/2022 | 589,60                |

## 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 |                                 |

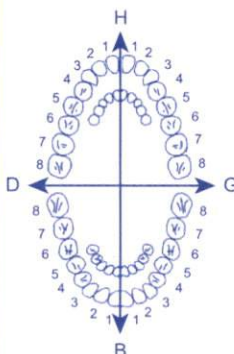
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

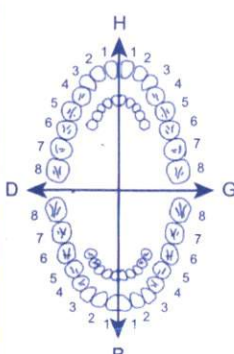
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que

## 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                                                      |          | G        |          | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | MONTANTS DES SOINS | DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-------------------------|--------------------|---------------|---------------------|
|                                                                                      | D                                                      | B        | D        | B        |                         |                    |               |                     |
|                                                                                      | 25533412                                               | 21433552 | 00000000 | 00000000 |                         |                    |               |                     |
|                                                                                      | 00000000                                               | 00000000 | 35533411 | 11433553 |                         |                    |               |                     |
|                                                                                      | [Création, remont, adjonction]                         |          |          |          |                         |                    |               |                     |
|                                                                                      | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |          |          |          |                         |                    |               |                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair brou al soum roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
640750MP/21ANRO P.P.V: 82,10 DH  
118001 020591

P.P.V: 14DH00  
P.P.V: 11/24  
LOT: K3126  
Doliprane 1000 mg

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
Direction Régionale  
Casablanca- Settat  
Délégation provinciale  
Settat



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

Ordonnance medicale

Le 26/04/2022

Dr BERDANI  
Commission Médicale  
Provinciale Settat

Mlle BERDANI  
Youssef

205,00

① TANANIC 100  
1 sp x 81



47,00

② Daze  
1 sp x 81

69,00

③ Decivox sup  
1 cc x 81

14,00

④ Poliprane 100  
1 sp x 81

84,00

⑤ Inexon sup  
1 sp x 81

171,20

⑥ Axair  
1 gel Inhaler 15

589,60



Pharmacie PAM  
El Mostafa BOUDIAL  
Docteur en Pharmacie  
37, Rue My Slimane - Hay PAM  
Tél : 06 23 40 35 68 - Settat

Dr BERDANI  
Commission Médicale  
Provinciale Settat

 **TAVANIR® 500 mg**

7 comprimé  
7 film-coaté

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

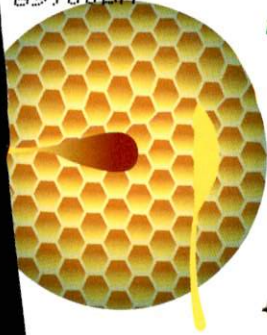
Tavanic 500mg, cp pel b7  
P.P.V : 205,00 DH

5 118001 080830

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

47,80

LOT: 210736  
DLUO: 12/2024  
69,00DH



200 ml

Deva

# DociVox

**Sirop naturel**

EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(THYM-MAUVE-MELEZE)

PPV: 171,70 DH

LOT: 21K25

EXP: 11/2023

**AXAIR 250 mcg**

Propionate de Fluticasone