

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

ND: 27716

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023795

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NASIB Nekamy Date de naissance : 01/01/58

Adresse : N°22 Rue BERRECHID Hayissat El B

Tél. : 0660 837312 Total des frais engagés : 126100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/06/2020

Nom et prénom du malade : A.E.B.B.A.CH.HADIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 7-X + faire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 03 JUIN 2020

ACCUEIL /

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
03/06/2022	C		97	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie AL MAWALI 1335 P.O. Box 1000 - BERRECHID - Tel: 0522 33 64 01	03/05/20	205,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
A LA REGION CASABLANCA SETTAT
DELEGATION PROVINCIALE DE BERRECHID
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL DE BERRECHID

DÉPARTEMENT
CHAPITRE BERRECHID, LE 03/05/2020

55,00.

ORDONNANCE

- An xil 1 (S.V) disp -

22,00 W + ✓
- cedel ✓

S.V

48.40 x 2
- Creison . nipp. - 2
S.V

31.20.1CSx3 ✓
- Bm chethi S.V

1CSx1 ✓

- Mexidol gtt Rste
02gHs x 2 ✓

205,00



ien agiter avant usage.
e pas réfrigérer.
enir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des
marques de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM No 104/14 DMP/21
PPV: 48 DH 40



6 09/2021
00M:09/2021
26281

BN

3042447

EXP

ستمدیك



22,00

Carbocisteine 5%

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des
marques de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM N°205/15 DMP/21/NP
PPV: 48 DH 40



3035049

EXP

6 06/2021
00M:06/2021
919784



Pharmacie ALAFAO
1,3,5 Rue du Abou Madi
- BEBOUANE

Tel.: 0

PPV: 55,00 DH
LOT: 623685
PER: 06/21

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles

