

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8909 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NAJIB Nohamid

Date de naissance :

Adresse : 27 Avenue 06 Hay TISSIR 26160 BERRECHID

Tél. : 0660922312 Total des frais engagés : الدكتور نبيل العودي Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Nabil EL GUARDI**  
Spécialiste en Médecine du Travail  
Urgentiste oxyologue  
CHP de Berrechid  
INPF : 21006274

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Disorders

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : AB



## 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
				    

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie Al Afaan</b> 135 Rue Ilia Abou Maali - BÉCHIR - Tel.: 0522 33 64 01	19/05/20	242,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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'IC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

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

BERRECHID, LE :

29/05/20

Mme CHADIA DEBBARH  
ORDONNANCE

2 x 15,80

1 Dose pr. 100 ml (0,5%)

1 v + 3 ml

65,10

Vielle levure



62,80

Pharmacie ALAFAD  
135 Rue Ali Abou Hadj  
BERRECHID  
Tel.: 0522 33 64 01

Soell + 8 ml

Bactrim Fort

29,00

1 v + 3 ml

4

Zytoral

1 v + 3 ml



54,10  
5) Ror me back



✓ goth - 37

242,60



Dr. Nabil EL GUARDI  
Spécialiste en Médecine du Travail  
Urgentiste en Médecine oxygénique  
CHP de Berrechid  
INPF: 121006274



Pharmacie ALAFAD  
135 Rue Ilia Abou Maali  
- BERRECHID -  
Tel.: 0522 33 64 01

PPV 15DH00  
PER 07/22  
LOT 11626

PPV 15DH00  
PER 09/22  
LOT 12013

15,80

15,80

LOT: CT108M PER: 03/2021  
PPV: 62,80 DH

208 04 2018 04 2021  
BIOCODEX MAROC PPV 65,10 DH

ZYRDOL® 500 mg 20 Comprimés  
pelliculés

PPV 29DH00 EXP 11/2021  
LOT 89032 5

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



Pharmacie ALAFAD

135 Rue Ibla Abou Madi  
- BERRECHID -

Tel.: 0522 33 64 01

حصة / صنف في / انتهاء الصلاحية

2L22  
06 2019  
05 2021