

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## entaire :

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.

## aladie 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 : 2929

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAJIB Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 27, Tidha 12, p 6, Benachir

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NAJIB Nellagh

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

## 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
		<i>C</i>	<i>G</i>	<i>ROYAUME DU MAROC</i> <i>Centre Hospitalier Provincial de Benachir</i> <i>Ministère de la Santé</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> <b>Pharmacie ALAFANU</b>          135 Rue Ha Abou Madi          BERRECHID -          Tel.: 0522 33 64 01       </p>	16/08/22	442,45

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

16 FEV 2022

BERRECHID, LE :

Mme

DEBBACHE  
CHADIA

ORDONNANCE

ex 55,00

1) Amoxicil 1g

120,70 1cp 2 fois /j x 5 jours

2) Zelam 30 mg

48,40 1cp /j

3) Gavisum sirop

78,70 1cas 3fis /j

+ 4) Diamerom 65 mg cp

44,70 1cp /j x 3 jours

5) Exomee salet

1 sachet 3 fois /j

442,40

Pharmacie ALAFAQ  
135 Rue Ila Abou Madi  
- BERRECHID -  
Tel.: 0522 33 64 01

Dr. ZAKIA AIT OULD  
MAHCEN





PPV: 55,00 DH  
LOT: 647138  
PER: 01/23

PPV: 55,00 DH  
LOT: 646360  
PER: 09/22

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

LOT 21001  
PER 06/23  
PPV 120DH70.

120,70  
44,17c

78,70 —

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

29,90  
21006  
SEP 23  
PPV 120DH90