

# 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 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7208

Société :

RAM  
Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NATEM PAZ

Date de naissance : 16-05-1957

Adresse : TISSIR II Rue NAZIK AL MALAKA

BERRECHID

Tél. 06 11 53 61 4669 Total des frais engagés : 152,90 - 112,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/08/23

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Qui-même

Nature de la maladie :

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 :

Le : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M23-013406

A 27710

## **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
2005-18		G		MÉDECIN GÉNÉRALISTE Dr. Nasreddine HICH

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie ALAFAC</b>            1.3.5 Rue Ilia Abou Mad            - BERREGHD -            Tel: 05 22 33 64 01</p>	24/08/23	152,90

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
2110315301a/An medicale magasin de service	24/03/93	ZNS	112,12 CHF

## 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 l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## FACTURE CONSULTATION

Nº Quittance

MGR31

Code ANAM : 060004819

Nº Compte Courant

Facture Consultation Numéro : 2 023 / P / 11 274

TRÉSORERIE PROVINCIALE

Identification	Débiteur
Index Patient : 25 079	PAYANT
Nº Consultation : 67 329	
Nom et prénom : MALIKA DEBBAR	
CIN : BE301017	
Adresse : BERRECHID	
Médecin	Date
Sur prescription du : CHEF SERVICE RADIO	Date de consultation : 24/08/2023 22:22:22
Spécialité : RADIOLOGIE	
Type de consultation : EXAMEN RADIOLOGIQUE DU COUDE	

Montant : 112,50 DH

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT DOUZE DHS ET CINQUANTE CENTIMES

Montant à payer : 112,50 DHS

24/08/2023 22:22:48

Facture Etablie Par Personnel N° : CHOLAH

Signature du responsable :



24/08/23

73,80  
→

Pixot do → CD  
dug 115



57,50  
→ Brexin 20



22,00  
-, Céadol

ASL



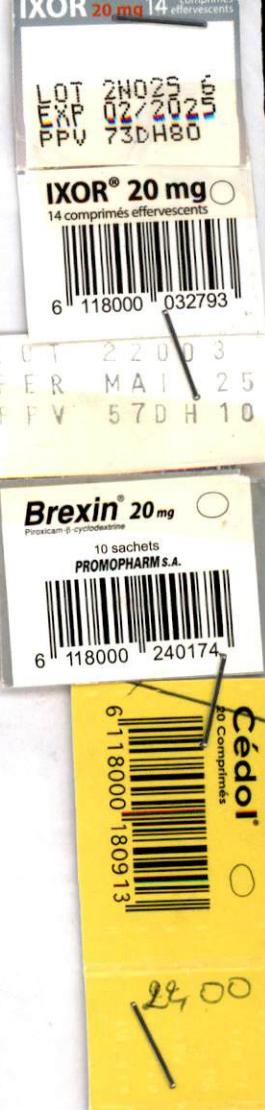
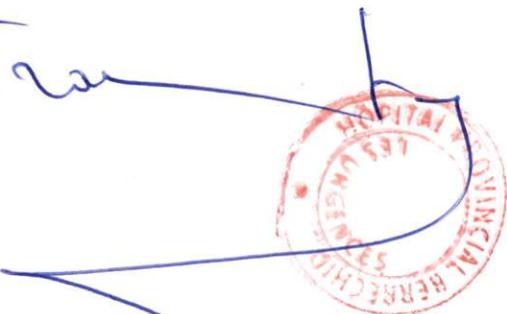
152,90



prescription  
de la tète  
antial



→ AV-S Fran



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  
HOPITAL PROVINCIAL DE BERRECHID

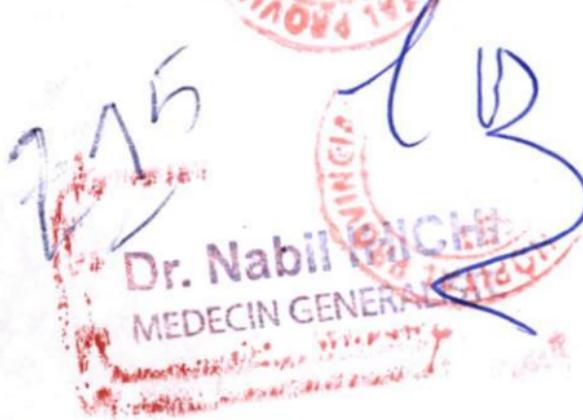
BERRECHID, LE : .....

ORDONNANCE

D = PAR  
DALIKA



N conste



Royaume du Maroc  
Ministère de la santé

Délégation provinciale de berrchid  
Centre Hospitalier Provincial de berrchid S.E.G.M.A

Reçus de M.

La somme de

Malika Debbar

cent dix-sept DH cinquante centime

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
811		M2,6
NC 6 € 329 / 23		
TOTAL		

Quittance:

00116535



Cachet du

Service

le 20/10/2011

Signature

Régisseur