

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.

N° W19-595767

55368

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0090001		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHANCHI RAHJABA Venise BALLACHEN			
Date de naissance : 1949			
Adresse : Janila 2 rue 17 N° 62 Dj			
Tél. : 066067001	Total des frais engagés :		629,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Age:	
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.	

MUPRAS

ACCUEIL

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 : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL WATHY DIBELALAM Jamila LILI N° 19 TEL: 05 22 38 60 70 092009356</i>		<i>629,2</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

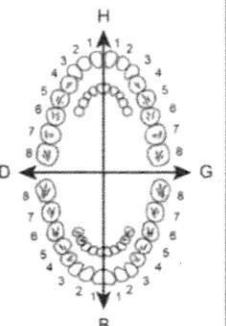
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

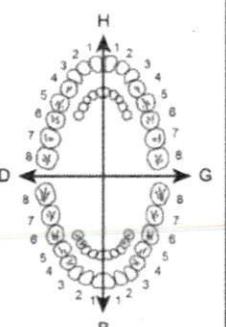
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيادلة ال威ام

ARMACIE AL WIAM

Jamila II Rue 19 N 15 - 17
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél : 022-38-60-76

N. EL HADI BELALAMI
Docteur en Pharmacie

N Patente : 33800760

PHARMACIE AL WIAM N° 2512
Dr BELALAMI
Jamila II Rue 19 N° 15 CASA
TEL : 05 22 38 60 76

FACTURE

M

CHIMIA MATEJOVSKA

العدد Quantité	البيان DESIGNATIONS	نوع الوحدة P. U.	المجموع P. Total
10	Metformin 500 mg SV	14,10	141,00
2	Cosaptin 67 mg SV	86,00	172,00
3	ODIA 4 mg SV	68,80	206,40
1	Gelris 4 mg SV	79,80	79,80
			629,20

PHARMACIE AL WIAM
Dr BELALAMI
Jamila II Rue 19 N° 15 CASA
TEL : 05 22 38 60 76
092009356

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 05/2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 05/2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 05/2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 05/2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

86,00

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 01/2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 03/2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

86,00

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 01/2023

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 12/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 10/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 12/2022

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
PER.: 12/2022

LOT 200910
EXP 04/2023
PPV 68,80