

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-633312

ND
16534



Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0070001

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHEMCHI MAHJOUB Veuve Ballech

Date de naissance : 1949

Adresse : Jemâa El Fna Rue 17 N° 62 C. D.

CASABLANCA

Tél. : 0660 67 1007 Total des frais engagés : 826,80 Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHEMSSI MAHJOUB Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DR BELAISSEY Jamilia TEL: 0322386870</i>	03/05/2021	824,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H 25533412 00000000</td> <td>G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>B 35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000	B 35533411	G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000					
		D 00000000	B 35533411					
		G 00000000 11433553						
				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

صيدلية الوئام

PHARMACIE AL WIAM

Jamila II Rue 19 N 15 - 17

Cité Djemaâ - Casablanca

tel : 022-38-60-76

N Patente : 33800760

N. EL HADI BELALAMI

Docteur en Pharmacie

FACTURE

M

N° 2529

PHARMACIE AL WIAM

Jan. 2021

TEL. 05 22 38 60 76

03/15/2021

العدد Quantité	البيان DESIGNATIONS	نوع الوحدة P. U.	المجموع P. Total
5	Odua 4	68,80	344,00
8	Metformine 800	12,10	136,80
4	Losantam 50	86,00	344,00
			824,80

PHARMACIE AL WIAM
Jamila II Rue 19 N. 15
TEL: 05 22 38 60 76

LOT 200909 1

EXP 04 2023

P.P.V : 68.80 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT 210288 1

EXP 02 2024

PPV 68 80

68,80

LOT 202739 1

EXP 01 2024

68,80

LOT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80

68,80

LOT 202008 1

EXP 09 2023

PPV 68 80

68,80

86,00



86,00



86,00

86,00

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10

6 118000 062134