

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-633310

ND
76133

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0070001 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHENCHI NAY JAV BA veuve BALACHI

Date de naissance : 1949

Adresse : Jamila 2 Rue 17 N° 62 C.D

CASABLANCA

Tél : 060671007 Total des frais engagés : 442,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHENCHI NAY JAV BA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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

21/06/2021

442.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

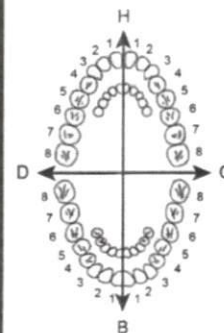
IM

IV

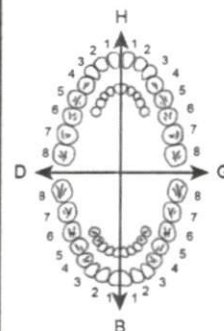
Montant détaillé des Honoraires

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

صيدلية الوئام

PHARMACIE AL WIAM

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

N. EL HADI BELALAMI
Docteur en Pharmacie

N Patente : 33800760

N° 2530

FACTURE

le

21/06/2021

M

العدد Quantité	البيان DESIGNATIONS	ثمن الوحدة P. U.	المجموع P. Total
1	odina B160	121.00	121.00
2	odina 130	84.00	168.00
9	Metformin 850	16.40	147.60
			442.90

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

LOT200079 1

EXP 01 2023

PPV 84.00

LOT 202789 2
EXP 01 2024
PPV 127.00 DH

LOT200079

EXP 01 2023

PPV 84.00

LOT: 20E008
PER.: 03 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E012
PER.: 07 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E014
PER.: 08 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E007
PER.: 03 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E012
PER.: 07 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E015
PER.: 09 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E016
PER.: 09 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E017
PER.: 11 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E020
PER.: 11 2023
METFORMINewIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V.: 17DH10
6 118000 062134