

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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 059635

Maladie Dentaire 76896 Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 478 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ECHCHERKI Omar
 Date de naissance : 1945
 Adresse : même
 Tél. : 0522 211581 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Jamal Eddine B...
 Diabétologie - Diététique
 Médecine Préventive
 266 Rue Sidi El Mekki Des Nejma
 Hay Hassan - Casablanca
 06 44 73 60 93
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : M / 6 / 21
 Nom et prénom du malade : ECHCHERKI OMAN Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : DIABETE TYPE 2 CONTROLÉ PAR INSULINE
 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 : 30 / 06 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) :

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
15/06			189,20	<i>Dr. Jamal Edouard Bedjima</i> Dentiste traitant Membre de l'Ordre des Médecins Dentistes Algériens 266 Rue Sidi El Khaoui - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL OUARD</i> <i>Dr. CHALAK Haj Nassar</i> Docteur en Pharmacie 55, Av. Oued Serrat - El Oulfa Tél / Fax : 05 22 90 53 45 CASABLANCA BOE : 00154 189222057	15/06/2021	1283,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

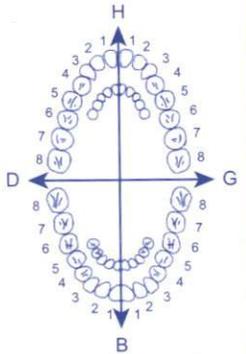
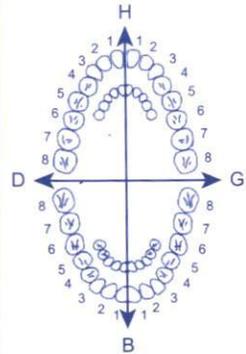
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																		
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
	D																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
																				

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Jamal Eddine BENHIMA

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de N

en Diabétologie

Diététique Médicale

Thérapeutiques Hormonales

الدكتور جمال الدين بنهيمه

الطب العام

خريج كلية
في

Mixtard® 30 Penfill®
100U/ml
Suspension injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 350 DH



Mixtard® 30 Penfill®
100U/ml
Suspension injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 350 DH



Casablanca, le : 15/01/2023 ، الدار البيضاء

ECHENNERI YAN

LOT : 20E084
PER.: 11 2023

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830
P.P.V. : 190DH90
6 1180001062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830
P.P.V. : 190DH90
6 1180001062141

METFORMINE WIN 1000MG
CP PEL 830
P.P.V. : 190DH90
6 1180001062141

LOT : 20E084
PER.: 11 2023

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Handwritten notes in blue ink, including 'MIXTARD 30' and 'METFORMINE'.

350,0 x 2

19,90 x 3

2440 x 3

4670

PHARMACIE AL OUAJ
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
25, Av. Oued Sidi El Oued
Casablanca

LOT 202595
EXP 10 2025
PPV 46.70 DH

LD NON

UN-ADZUM FORT

D war forte

49.6

1 capsule / jour

3ms lids

39.00 MEFSAK

140.00 UZAZZ (n=3)

99.00

76.00

BRASINE (CA)

Total

1273.20

PHARMACIE AL-GHARBI
 Boulevard Hassan II - Casablanca
 D.S. CHALAK Haj Nessar
 Doctor en Pharmacie
 Tel: 05 22 22 22 22
 Hay Hassani - Casablanca

Co

PPV: 49.60 DH
 LOT: 21804
 EXP: 02/2024

00'03

61180001082019

LOT 201159
 EXP 04/2023
 PPV 99.00DH

LOT: 201798
 PER: 05-2023
 PPV: 140.00DH

6 118001 151264

76.00 DHS
 Prix Public de Vente

378044D
 11 - Maroc

TUNISIE ANM 11283012
 ROC AMM N°27DM/21/INT