

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° W21-633306

90512

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0070001 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : KHEIR BALLACHITED Mahjoubah Chemchi
 Date de naissance : 1949
 Adresse : Jamila 2 Rue 17 N°62 Cdjemaa
 Tél. : 066067001 Total des frais engagés : 625,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/10/2021
 Nom et prénom du malade : Mahjoubah CHEMCHI Age : 72
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabétique
 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
		625.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

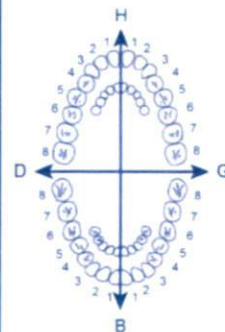
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

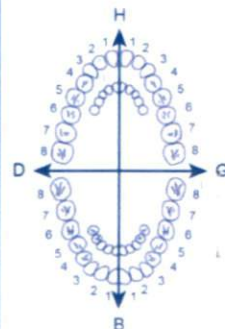
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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 الوئلام

PHARMACIE AL WIAM

Jamila II Rue 19 N 15 - 17

Cité Djemaâ - Casablanca

☎ : 022-38-60-76

N Patente : 33800760

N. EL HADI BELALAMI

Docteur en Pharmacie

N° 2539

FACTURE

le 28/10/2021

M Chamsi Mahjouba 953600760

العدد Quantité	البيان DESIGNATIONS	ثمن الوحدة P. U.	المجموع P. Total
4	Metformine 850	17.10	68.40
4	ADO 850	19.00	76.00
1	ADO 850 / 60	34.00	34.00
4	odiv 4mg	68.80	275.20
2	Lesartan 50	86.00	172.00
			<u>625.60</u>
			T 625.60

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

LOT: 20E021
PER: 11 2023

METFORMIN WIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



6 118000 062134

LOT: 20E022
PER: 12 2023

METFORMIN WIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



6 118000 062134

LOT: 20E020
PER: 11 2023

METFORMIN WIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



6 118000 062134

LOT: 20E021
PER: 11 2023

METFORMIN WIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V: 17DH10



6 118000 062134

LOT : 8061
UT. AV : 03-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 4090
UT. AV : 10-23
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 7978
UT. AV : 01-23
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 8061
UT. AV : 03-24
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3907
UT. AV : 09-23
P.P.V : 34 DH 00

LOT 210289
EXP 02 2024
PPV 68 80

LOT 211234
EXP 05 2024
PPV 68 80

LOT 211234
EXP 05 2024
PPV 68 80

LOT 211234
EXP 05 2024
PPV 68 80

86,00

86,00

PHARMACEUTICAL WAM
D. B. L. C. A. M.
R. 15 CASA
R. 150 4 136076