

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-633306

gos12

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 0070001

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Reine BALLACHI

Date de naissance :

1949

Adresse :

Jamilat Rue 17 N°62 CD jemaa

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 : Makjuba CHEMCHI Age: 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabétique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

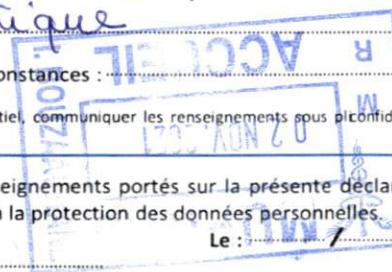
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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>PHARMACEUTIQUE DR-BERGER 10 AVENUE DE LA GARE 38600 CHAMBERY</i>		625,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

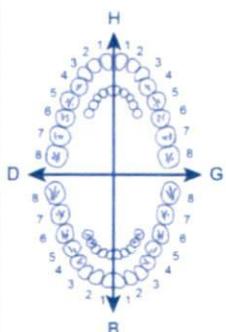
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

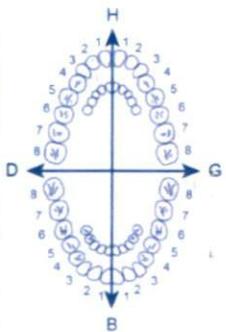
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

صَيْدَلِيَّةُ الْوَتَّام

PHARMACIE AL WTIAM

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

N Patente : 33800760

N. EL HADI BELALAMI
Docteur en Pharmacie

Docteur en Pharmacie

N_c 2539

FACTURE

te 28/10/2021

M Chamsi Mahjoub 05E600Z60

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V:17DH10
PER.:11/2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V:17DH10
PER.:12/2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V:17DH10
PER.:11/2023



METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V:17DH10
PER.:11/2023

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

PHARMA ALWAN
D.R.B.-M. N.Y.C.A.S.A
F.D.A. - U.S.A.
E.U. - C.E.