

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° W21-689818

MLD

MAJ 2022



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10995

Société : LAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZITTOUR

SLHAMI

Date de naissance : 10 10 78

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
PHARMACIE M que 13 Riad El Menzeh Lissasta - Casablanca Tél: 0522 22 22 22	14/1/2021	841100

ANALYSES - RADIGRAPHIES

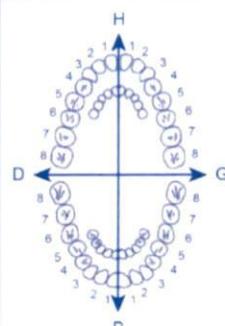
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

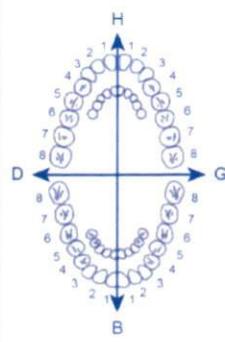
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



PHARMACIE MERINI
Docteur Mérini Wiam

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :106254
Date : 24/01/2021

Client :
ZITOUR ILHAM

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ON CALL PLUS 50 BANDETTES	2	135.00	270.00
NOVORAPID FLEXPEN 5 STYLOS*3ML	1	571.00	571.00
Total TTC =			841.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : HUIT CENT-QUARANTE-UN DIRHAMS

Bon rétablissement

On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood
using the *On Call® Plus* and *On Call®*
EZ II blood glucose meters.

For self testing and professional use.

Contents:

50 Test Strips

Code Chip

Package Insert



On-Call® Plus

Blood Glucose Test Strips

50

For testing glucose in whole blood
using the *On Call® Plus* and *On Call®*
EZ II blood glucose meters.

For self testing and professional use.
Only for use outside the body.

Contents:

50 Test Strips
Code Chip
Package Insert



0123

rejecter les doses prescrites
احترم المطالبات المعلبة
بصرف فقط بوجوب وصمة
طبية/ازمة

lement sur
nance>Liste II

مستورد وموزع من طرف لايروفان

21 زنقة الاوداية
20300 الدار البيضاء

© 2018

نوفونورديسك ش / م
نوفوالي DK-2880

دالنمارك باوسفريد ،

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

8-9670-73-270-2





MUPRAS

Visualisation d'un décompte santé

N° décompte 20220560108882

Nom du décompteur

Date de saisie 25-02-2022

Situation Soldé

Sous-situation ---

Type de paiement Virement

Bénéficiaire du règlement Madame ZITOUR ILHAM

Destinataire du règlement Madame ZITOUR ILHAM



A.	Ligne	Date soins	Acte SS	Mode de couverture	Nom Bénef.	Pays	Qté.	Montant devis	Cotation	Remboursement mutuel	Autre Rbt.	PS	
	L1	24-01-2022	PHMLD	Aucun	ZITOUR ILHAM	Maroc 1	571,00	MAD	571,00 MAD	456,80 MAD	0,00	MAD	
	L2	24-01-2022	AC220403	Aucun	ZITOUR ILHAM	Maroc 2	270,00	MAD	464,00 MAD	270,00 MAD	0,00	MAD	
								841,00	MAD			726,80	MAD

TOTAL