

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

- 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.

197878

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 007000-1

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Veuve

Nom & Prénom :

CHÉMCHI Mahjouba Veuve BALLACHI Hédi

Date de naissance :

1919

Adresse :

Familyat Rue 17 N° 62 C.D caser

Tél. : 0633504024 Total des frais engagés : 687,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :



Lien de parenté : Lui-même

Comptoir

Age :
Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

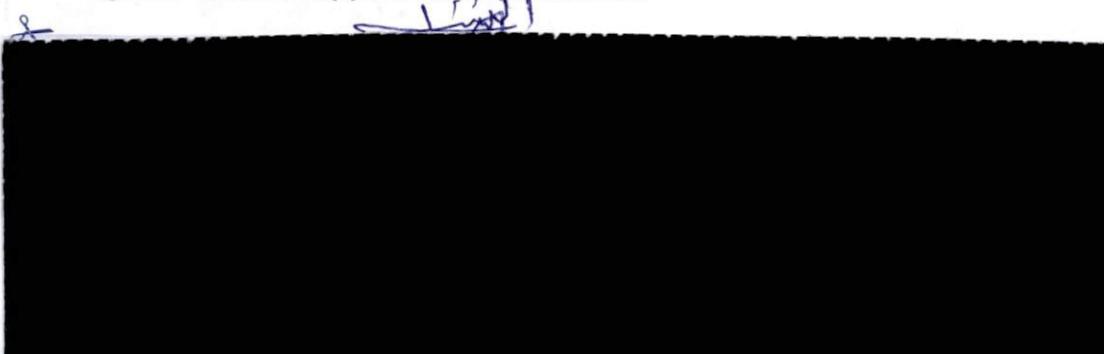
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE A TEL HADIB TEUR EN PHA LA II RUE JEMAA CASAB L 05.22.38.60.70</i>	03/02/24	687.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

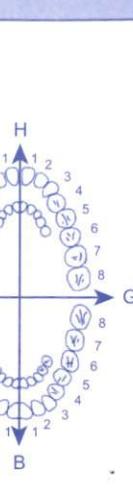
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GAGNEZ UN BREVET D'INVENTEUR ATTENDU PAR LE PUBLIC

VISA ET GAGNEZ DU PRATICIEL AUTOMATIQUE DE GESTION DES PROJETS

صيدلية ال威ام
PHARMACIE AL WIAM

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

N. EL HADI BELALAMI
Docteur en Pharmacie

N Patente : 33800760

N° 3165

FACTURE

10/02/2024

M. Chameli Nahjouba

الكمية Quantité	البيان DESIGNATIONS	ثمن الوحدة P. U.	الجمجم P. Total
2	ADo 850 160	34.00	68.00
3	ADo 850 130	19.00	57.00
2	Lesantos 50	82.20	164.40
3	Diamicet 60 60	28.70	86.10
3	Diamicet 60 130	44.70	134.10
			687.60
PHARMACIE AL WIAM Dr BELALAMI Jamila II Rue 19 N° 15 TEL: 05 22 38 60 76 09/2009			
T.C.E	00157831400047		

LOT : 3233
PER : 04 - 26
P.P.V : 34 DH 00

LOT : 3156
PER : 03 - 26
P.P.V : 34 DH 00

LOT : 1553
PER : 01 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 3129
PER : 03 - 26
P.P.V : 19 DH 00

LOT : 1553
PER : 01 - 26
P.P.V : 19 DH 00

78,70

78,70

78,70

78,70



44,70

242600060-02

44,70

242600030-02

44,70

242600030-02