

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.



Déclaration de Maladie

M23-020465

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0070001 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : CHEMCHI Maljoubia Veuve BALLACHE Med
Date de naissance : 1949
Adresse : Jamillat Rue 17 N° 62 CD Casablanca
Tél : 0633504024 Total des frais engagés : 687,60 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 :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 03/02/24 | 687.60 |

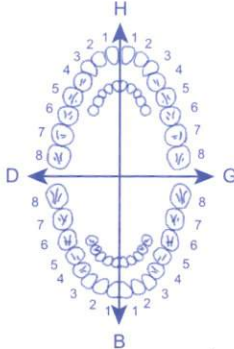
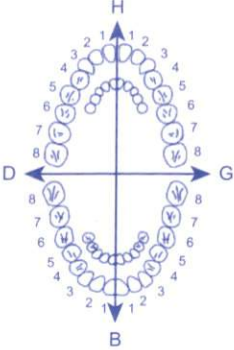
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---|
|  | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صيدلية الوئام

PHARMACIE AL WIAM

Jamila II Rue 19 N 15 - 17

N EL HADI BELALAMI

Cité Djemaâ - Casablanca

Docteur en Pharmacie

☎ : 022-38-60-76

N Patente : 33800760

N° 3165

FACTURE

le 03/02/2024

M

Chameli Nahjouba

| العدد Quantité | البيان DESIGNATIONS | ثمن الوحدة P. U. | المجموع P. Total |
|-------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| 2 | ADO 850 / 60 | 34.00 | 68.00 |
| 3 | ADO 850 / 30 | 19.00 | 57.00 |
| 2 | Losantan 50 | 82.70 | 165.40 |
| 3 | Diamicon 60 / 60 | 78.70 | 236.10 |
| 3 | Diamicon 60 / 30 | 44.70 | 134.10 |
| | | | 687.60 |

PHARMACIE AL WIAM
Dr BELALAMI

Jamila II Rue 19 N° 15 Casablanca
TEL : 05 22 38 60 76

092009356

ICE

00157831405600047

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 : 3125
PER : 03 - 26
P.P.V : 19 DH 00

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

78,70

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

78,70

78,70



78,70

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

78,70

242600060-02

44,70

44,70

242600030-02

44,70

242600030-02