

## 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.

Nº W19-595763

55366

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 0070001		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Veuve BALLAGUI et Mahjoubia Chanchi			
Date de naissance : 1943			
Adresse : Jamila 2 rue 17 n° 62 Djemaa			
Tél. : 066667001		Total des frais engagés : 674,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Mahjoubia CHANCHI			
Date de consultation :			
Diabétique Age : 72			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 un identifiant 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 : 16 JAN. 2021			
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 : ..... / .....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WIAMI Dr BEL ALAMI amila II RUE 19 N° 15 CASA TEL : 05 22 38 60 - <del>09 22 38 60 -</del>		69000

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

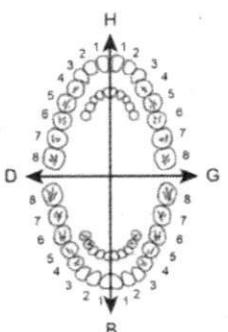
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

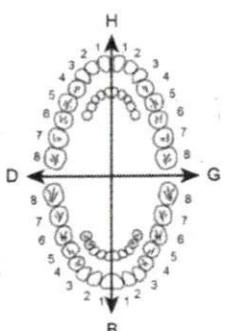
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
25533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

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

صيادلة  
PHARMACIE AL WIAM

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

**PHARMACIE AL WIAM**

Dr BELALAMI

Jamila II Rue 19 N° 15 CASA

TEL : 05 22 38 60 76

No 2511

FACTURE

le

M

CHÉMISTI MATHOUBA

العدد Quantité	البيان DESIGNATIONS	قیمت الوحدة P. U.	المجموع P. Total
10	Metformin 850 vial	11,10	111,00
2	losartan GT 50 mg SV	86,00	172,00
3	ODIA 4y SV	84,00	252,00
1	Gelmid 4y SV	79,80	79,80
			634,80

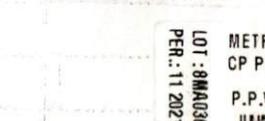
PHARMACIE AL WIAM

Dr. BELALAMI

Jamila II Rue 19 N° 15 CASA

TEL : 05 22 38 60 76

092009356

LOT : 26E009 PER.: 05/2023	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 26E003 PER.: 05/2023	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 26E001 PER.: 05/2023	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 26E008 PER.: 05/2023	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 26E010 PER.: 05/2023	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 20E007 PER.: 03/2023	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 20E001 PER.: 03/2022	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 20E008 PER.: 03/2022	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 20E006 PER.: 03/2022	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
LOT : 19E001 PER.: 11/2021	METFORMINEWIN 850MG CP PEL B30 P.P.V: 17DH10  6 118000 062134	0
86,00		LOT 192465 1 EXP 10/2022 PPV 84,00 86,00
86,00		LOT 190079 1 EXP 01/2023 PPV 84,00 86,00
86,00		LOT 190079 1 EXP 01/2023 PPV 84,00 86,00