

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-595763

55366

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0070001 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BALLACI M. Aahjoubi Chan di

Date de naissance : 1943

Adresse : Jamila 2 Rue 17 No 62 Oujda

Tél. : 066067001 Total des frais engagés : 674,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : M. Aahjoubi Chan di 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 : 14 JAN 2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

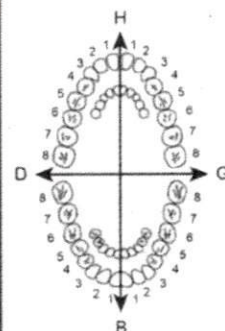


[illegible]

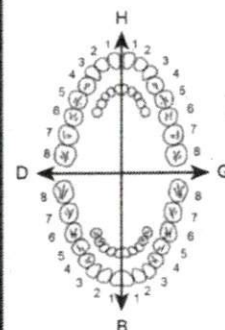
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL WIAM Dr BELALAMI Jamila II Rue 19 N° 15 CASA TEL : 05 22 38 60 7</p>		62470

[illegible][illegible]

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



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES



H	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 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

صيدلية الوفاء PHARMACIE AL WIAM

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

N. EL HADI BELALAMI
Docteur en Pharmacie

N Patente : 33800760

PHARMACIE AL WIAM
Dr BELALAMI
Jamila II Rue 19 N° 15 CASA
TEL : 05 22 38 60 76

N° 2511

FACTURE

M

CHEMCHI MANTOURA

العدد Quantité	البيان DESIGNATIONS	ثمن الوحدة P. U.	المجموع P. Total
10	Metformin Vin 850	17,10	171,00
2	losmetin 6T 50mg SV	86,00	172,00
3	ODIA 4mg SV	84,00	252,00
1	Gelind 4mg SV	79,80	79,80
			684,80

PHARMACIE AL WIAM
Dr BELALAMI
Jamila II Rue 19 N° 15 CASA
TEL : 05 22 38 60 76

092009356

PER: 05 2023
LOT: 20E0004
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E0003
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

PER: 05 2023
LOT: 20E0005
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E0010
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E0007
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E0007
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 8MA036V
PER: 11 2021
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 9MA042
PER: 01 2022
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 19E0001
PER: 10 2022
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT: 20E0008
PER: 03 2023
METFORMINWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V: 17DH10
6 118000 062134

LOT 192465 1
EXP 10 2022
PPV 84 00

LOT 192465 1
EXP 10 2022
PPV 84 00

86,00

86,00

LOT 19000 1
PER 03/22
PPV 79 DH 80

LOT 200079 1
EXP 01 2023
PPV 84 00