

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° W21-706998

133270



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4968	Société :	R. A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAD. HAFID			
Date de naissance : 19/04/63			
Adresse : RESIDENCE ECHARAF IMM 2002			
ETG. 144 AL INARA. CASA.			
Tél. : 0661332672 Total des frais engagés : 1212.80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabetologie
Rés. 144 Al Inara, 405 - 3ème Etage
El Oued Al Am Chock - Casablanca
Tél. : 05 22 50 66 06
INPE : 091166082

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/20

Nom et prénom du malade : Rachida Fadi

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type 2

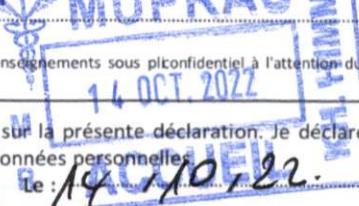
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



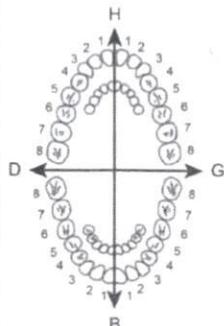
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUFIK Coopérative Ach-charaf N°0M2 Hay Inara Haddadouha Casablanca Tel.: 05 22 21 64 09	10/10/22	912,80

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

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

VOLET ADHERENT

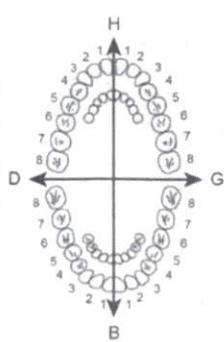
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

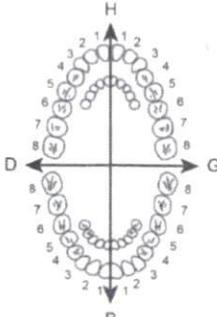
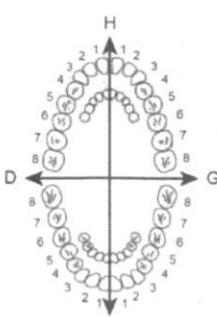
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction] fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $	
	[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		

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Diderot

الدكتورة جبري ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنيس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغدة الدرقية

10 Octobre 2022

Casablanca, le

10/10/2022 الدار البيضاء في

Mme FADI RACHIDA

$$20,80 \times 4 = 83,20$$

75

1/ GLUCOPHAGE SIMPLE 500MG

1 co Matin et 1 Soir pendant 3 mois après le repas

$$390,00 \times 2 = 780,00$$

75

2/ Galvus cp 50 mg

1 Midi pendant 3 mois après le repas

49,60

3/ D CURE 100000 UI

1 amp/2 semaines pd 6 semaines

(3 ampoules)

AS

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
N° Achcharaf N°DM2
Addaoula Casablanca
05 22 21 64 09

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie
Choc 50 66 06
Bd El Qods, Résidence SARAH
Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : drleila.jabri@gmail.com

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H01
EXP: 08/2025

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

LOT 220455
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

LOT 220455
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

LOT 220455
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

LOT 220457
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

Bd El Qods, Résidence SARAH

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : drleila.jabri@gmail.com