

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 diapos 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.

N° W21-814571

199 800

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>u 928</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>JAFI</u> <u>1941 b3</u>			
Date de naissance : <u>1941-04-16</u>			
Adresse : <u>RESIDENCE EL HAFIDA 2AF 1111 DRS 2 em</u>			
Tél. <u>066 139 2672</u> Total des frais engagés : <u>300 + 1170</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	DR. JABRI LEILA Spécialiste en Endocrinologue Diabétologie et Maladies Métaboliques Rés. Sataa (M2A) 405 - 3ème Etage M. El Ooudi, Ain Chock - Casablanca Tel : 05 22 50 66 06 INPE : 091166082		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>15/02/2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Rechida Fadi</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Diabète type 2</u>			
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 SIA Le : 21/03/24
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
15/02/2011	CC	3000DA		INP : 111111 BEM : 091166 Médecin : Dr. El Hachemi L'acte a été effectué à Casablanca Signature : Dr. El Hachemi

EX	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	
<p>PHARMACIE ACH-CHERAT Dr. Bouchra TAOUDI Cooperative Ach-cherat, N° DM2 Haddaouia - CASABLANCA May 2003</p>	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
ACH-CHARAF Bouchra AAOUDI Accherafi, N° DM2 Haddaouia - CASA 03 22 21 64 99	15/12/24	1170.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Diplômée en Echographie
Thyroïdienne - Université Paris Descartes
15 Février 2024

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى
للغدة الدرقية

Casablanca, le الدار البيضاء في

Mme FADI RACHIDA

390.00 X 3 = 1170.00

1/ Galvus Met 50/850 mg

1 Matin et 1 Soir pendant 3 mois après le repas

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ac-charaf, N° DM2
Hay Inara, Haddadouia - CASA
TEL : 05 22 50 66 06

DR. JABRI EILA
Néphrologue et Endocrinologue
Spécialiste en maladies Métaboliques
Res. Salmia IV, 1er étage
Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca
Tél : 06 22 50 66 06
INP : 091169022

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانبياء عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء
Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca
Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com



6 118001 031085
GALVUS MET 50 mg/850 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH