

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-538770

37476

<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>5241</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>HAMMAMI Abdesslam</u>
Nom & Prénom : <u>HAMMAMI Abdesslam</u>		Date de naissance : <u>25.03.54</u>	
Adresse : <u>57 JAOUSSI Sidi RAHAL CHTII</u>		Tél. <u>0671069131</u>	Total des frais engagés : <u>250+326,90 = 576,90 Dhs</u>

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<u>INP: 091019786</u>			
Date de consultation : <u>05.07.20</u>			
Nom et prénom du malade : <u>DISSANI Latifa Ep HASSANI</u> Age : <u>15</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Copjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Hypertension artérielle</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 : CGA, Le : 24 AOUT 2020
Signature de l'adhérent(e) : JL ACCUEIL

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
09.7.20	C2 C2	2.50 DIT	2.50	INPI: 001019736 W

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13/07/2020	9/7/20	326,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

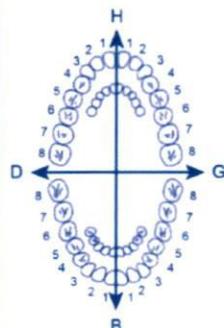
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

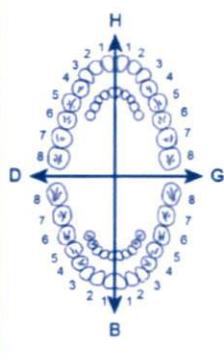
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

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

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitements de l'Obésité - Maigreurs

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité



Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous

الدكتورة فـ زـين عـجاجـي التـعـارـجـي

اختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بـالـموـعـد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 09.07.20

4^e Diessani latifa ep Hammam

Metformine 10 mg

48,00 x 2

up x 3 1/2



Avloacetyl

41,80

1/2 ep me

48,00



Tardyferon 80

40,50

1/2

319334

Barcode: 6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable

MB707 0123

LOT PER

Prix 59,00

Lot: 0123
Prix: 40,50 DH
Date de validité: 05/2023
Distributeur: Cooper Pharma
Adresse: 41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Téléphone: 0522 93 31 49

Magnium 250 up 250

99,00

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

PPV: 49,60 | HD
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

D. Camille 000.000

49,60



May 1 May

38 gr

T = 326,90

Pharmacie FLORALYS
N° 20-1 Lot DAOUSSI
Sidi Rachid Chelli - Benmeddad
Tel. 05 22 96 93 02

Unité Commerciale N° 10, 1er étage
Sidi Aït Yakkache - Sidi
Aït Yakkache d'AZZIBIENNE - Sidi
El Hachemi - El Hachemi FZ

M