

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.

N° W19-565334

41912

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

100

Société :

RPM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENJENRA HASSAN

Date de naissance :

20 - 06 1956

Adresse :

LOT 64 HAJ FATH S OULFA CASA

Tél. : 0664162105

Total des frais engagés : 551,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BOUDAD Latifa
Médecin Général
Lot Annahim Imen, A20 N°3 Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 91 32 44

Date de consultation :

28/09/2020
Benzina Haja.

Nom et prénom du malade :

Age : 64

Lien de parenté :

Lui-même
Diabète + HTA

Conjoint
Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

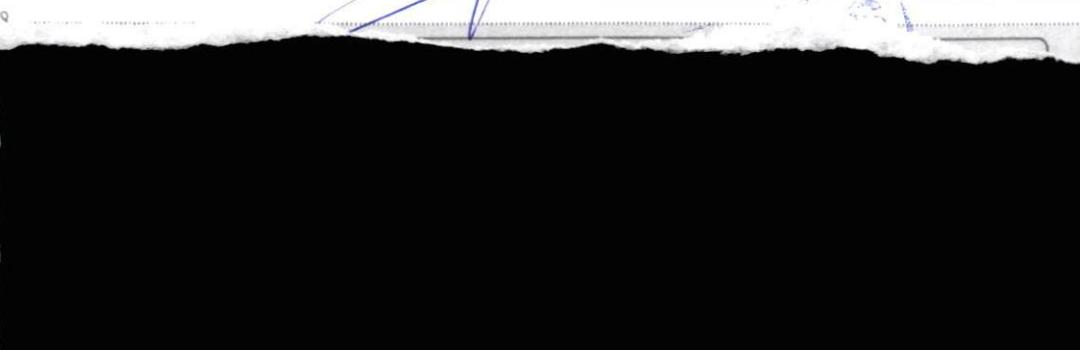
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 28/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

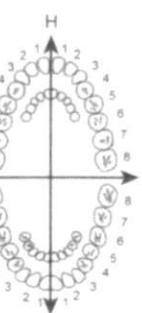
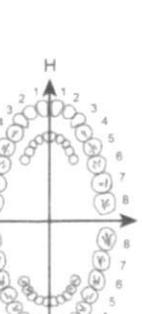


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
	C	-	150,-	INP : 0911315978 Dr BOUDAD Latifa Médecin général L'ol Annakim Imm. 420 N°3 Oulata CASABLANCA Tel: 05 22 91 32 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
 STEPHANE PIANZA C.A.S. ANCA Lotto: Huj fatch Rue N° 3 Lx 01 Lyon - Tel: 04 22 93 10 00	28/09/2020	101,30

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

VOLET ARMOIRANT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Leave blank if no teeth treated)	Nature des Soins (Leave blank if no treatment)	Coefficient (Leave blank if no coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																				
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				H																				
				25533412	21433552																			
				00000000	00000000																			
D																								
G																								
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
MONTANTS DES SOINS																								
DATE DU DEVIS																								
DATE DE L'EXECUTION																								

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale

Diplôme U. en Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

خريجة كلية الطب العام

بالدار البيضاء

Casablanca, le : 28 SEPT 2020

LOT : 20E009
PER : 05/2023

METFORMINEWIN 850MG

CP PEL B30

P.P.V : 17DH10

6 118000 062134

Bejera Hasta

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V :17DH10
LOT : 20E009
PER.: 05 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V :17DH10
LOT : 20E009
PER.: 05 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V :17DH10
LOT : 20E009
PER.: 05 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V :17DH10
LOT : 20E009
PER.: 05 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V :17DH10
LOT : 20E009
PER.: 05 2023
6 118000 062134

49,40
49,40
49,40