

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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° W19-587487

50709

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : <u>1700</u>			
Société : <u>RAM</u>			
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BEN JENNA HASSAN</u>			
Date de naissance : <u>20 - 06 - 1956</u>			
Adresse : <u>LOT 64 HAF FATH 5 OULFA CARA</u>			
Tél. : <u>0664162105</u>		Total des frais engagés : <u>1027,3</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	Cachet du médecin :
<u>Dr. IBRAHIMI FOUAD</u> <u>Diabétologie - Nutrition</u> <u>27, Rue Nasr Oued Bacha SAFI</u> <u>Tél: 0524.62.48.52</u>	
Date de consultation : <u>24 NOV 2020</u>	
Nom et prénom du malade : <u>BEN JENNA HASSAN</u> Age : <u>64</u>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Diabète</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Accident</u>	
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 : CARA **Le :** 07 / 11 / 2020
Signature de l'adhérent(e) : DR. IBRAHIMI FOUAD

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
<i>27/10/2000</i> C 1	/	/	200	INP : <i>11037475</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>KHAWARIZMI</i>	24/11/2000	27,8

ANALYSES - RADIGRAPHIES

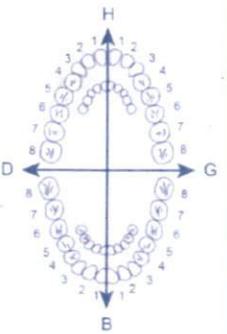
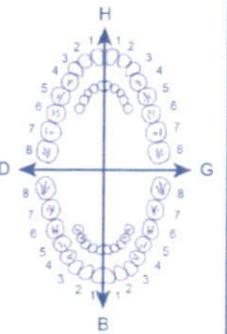
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	00000000	35533411											
G	11433553												
													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DATE DU DEVIS <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Docteur IBRAHIMI Fouad

Cabinet Diabétologie Nutrition

et Médecine Générale

DU. de Diabétologie et de Diététique Médicale

Fac médecine Montpellier

Echographie - Electrocardiogramme

Médecin Expert

Assermenté près les tribunaux

الدكتور فؤاد إبراهيمي

عيادة الطب العام

إختصاصي في علاج داء السكري

التغدية

فحص بالصدى - تخطيط القلب

خبير محلل لدى المحاكم

آسفى، في

12 NOV 2020

SAFI, le

Perfomma

Hanav

640.80

36.60



(S) Hanav



→ Bala 80

LOT : 9175
UT. AV : 04-23
P.P.V : 36 DH 60

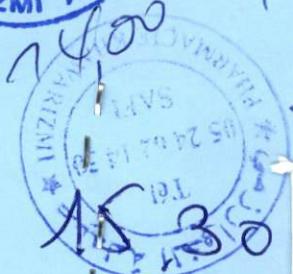
alpi



PPV (DH) :

LOT N° : 25,50
UT. AV. :

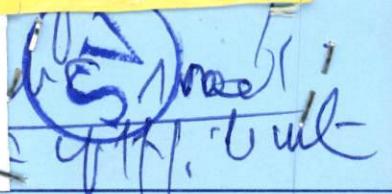
Drill®



Vita C 1000

PPV 15DH30
EXP 10/2023
LOT 09031 15

PPV: 14DH00
PER: 09/23
LOT: J2576



27، زنقة النصر - بياضة آسفى - الهاتف المتنقل : 05 24 62 48 52 - الهاتف : 06 61 24 30 93

27, Rue Nasr, BIADA SAFI - Tél/Fax : 05 24 62 48 52 - GSM : 06 61 24 30 93

LOT: 0307
PER: 10 2023
PPV: 46.00DH

ستيموں

4600

~~Blanc AS~~



4960

~~Deen miflis~~

~~x04f~~

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E27
EXP: 05/2023

Dr. IBRAHIMI FOUAD
Diabétologie - Nutrition
27, Rue Nasr Oued Bacha SAFI
Tél: 0524.62.48.52

LOT: R-02-5
PER: 04-2023
PPV: 106,80DH

LOT: R-02-5
PER: 04-2023
PPV: 106,80DH