

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4968

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADI HAFID

Date de naissance : 19/04/63

Adresse : RUE DE LA CE ET HAFID (MARBEL)

Tél. : 061392672

Total des frais engagés : 862,47 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 9/3/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/03/2021



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
09/03/2021	(2)	300 JDI	INPE : 031156	Dr. JABRI DEILA Spécialiste en Etat Sociale Institut National d'Etat Sociale Casablanca

Dr. JABRI DEILA
Spécialiste en Etat Sociale
Institut National d'Etat Sociale
Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA ACH-CHARAF	Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Ach-charaf N°DM2	05 22 50 66 08 82
ARMERIA ACH-CHARAF	Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Ach-charaf N°DM2	05 22 50 64 09 84.2, 60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

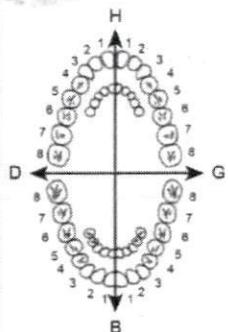
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

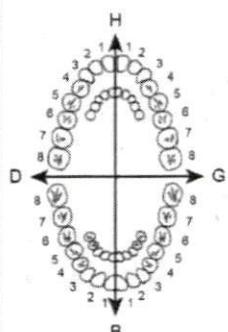
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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

Ancienne Interne du CHU de NICE

Diplômée de la Faculté
de Médecine de NICE

كتورة جبرى ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصماء - أمراض الايض

ب بنيس بفرنسا

Casablanca, le 08 Mars 2021 دار البيضاء في

METFORMINE WIN 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
PER.05
LOT : 20E013
6 118000 062127

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

1/ Galvus 50 mg cp.

1 Midi pendant 3 mois

$$10,40 \times 6 = 62,40$$

2/ METFORMINE WIN 500 MG

1 co Matin et 1 Soir pendant 3 mois

842,40

Mme FADI RACHIDA



Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH



Galvus® 50 mg
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

75

METFORMINE WIN 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
PER.05
LOT : 20E015
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
PER.05
LOT : 20E015
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
PER.10
LOT : 20E019
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
PER.10
LOT : 20E019
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
PER.10
LOT : 20E019
6 118000 062127

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانبيق 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