

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-643177

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1700

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENJERA HASSAN

Date de naissance :

20-06-1956

Adresse :

64 HAJ FATH 5 OULFA CASA.

Tél. : 0664 16 21 05

Total des frais engagés : 506,80 Dhs

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

M 15 JUIL. 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

H.A.TA + Diabète

Nature de la maladie :

Bligeera Hassan Age: 65

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 : Casablanca

Le : 19/07/2021

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
15/11/2021	—	—	150	INP : 091035568

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HANZA	07/11/2021	356,80

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

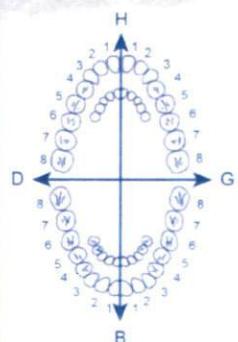
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

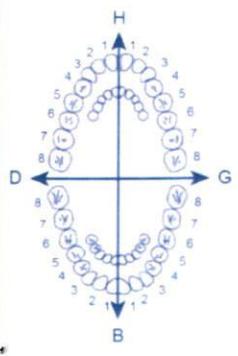
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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 Latifa BOUDAD

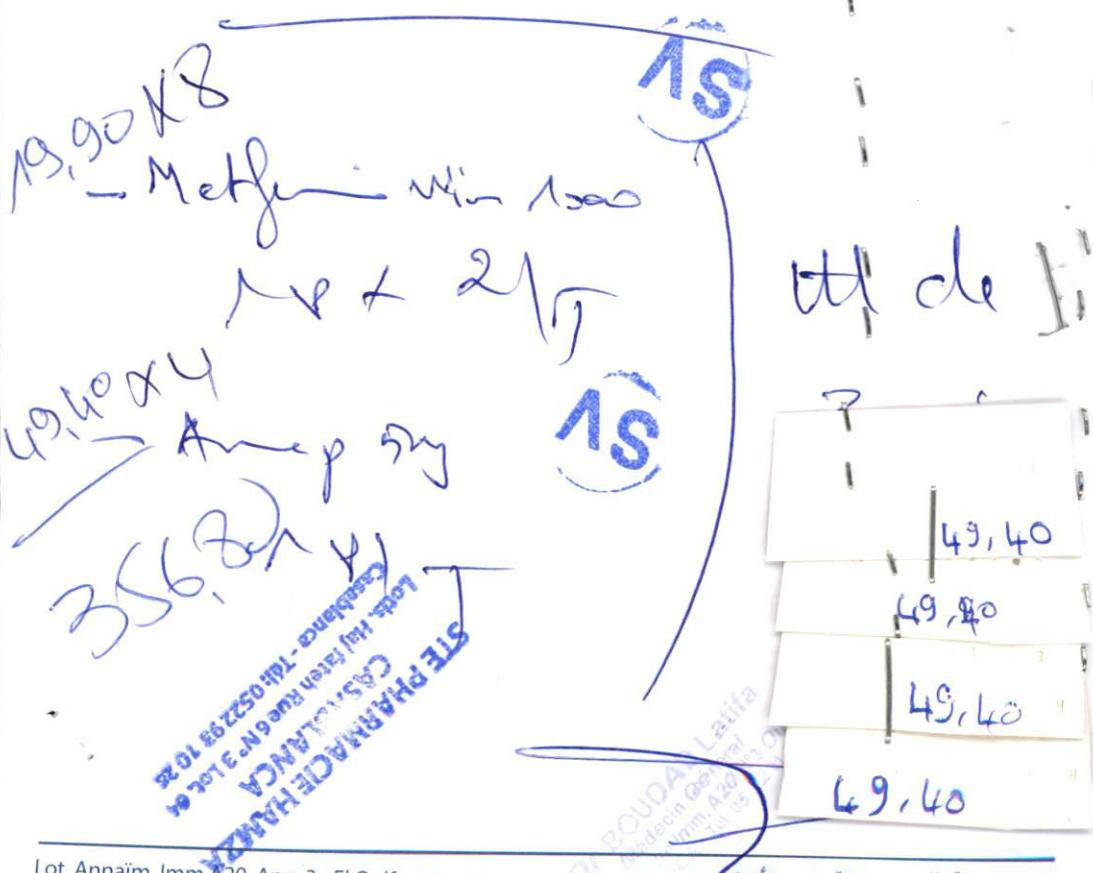
Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الدكتورة لطيفة بوضاض

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
خريجة كلية طب العام
بالدار البيضاء

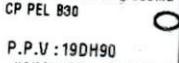
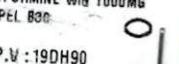
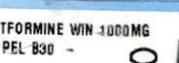
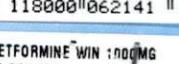
Casablanca, le 2001 : الدار البيضاء، في:

Blejemia Hafsa



Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70 60

06 66 26 70 60 - المحمول : 05 22 91 32 44
الهاتف : 05 22 91 32 44 - شقة 3 - الألفة - الدار البيضاء

LOT : 20E078 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141
LOT : 20E081 PER.: 11/2023	METFORMINE WIN 1000MG CP PEL 830 P.P.V :19DH90  6 118000 062141