

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.

Déclaration de Maladie



N° W19-443847

82977

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4968	Société : R.A.M.		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FADI HAFID			
Date de naissance : 19/09/63			
Adresse : RESIDENCE ECHARAF, MM DB6 ETG 2. AIX CITOCIC CASA			
Tél. : 0661392672	Total des frais engagés : 832 + 300 Dhs		

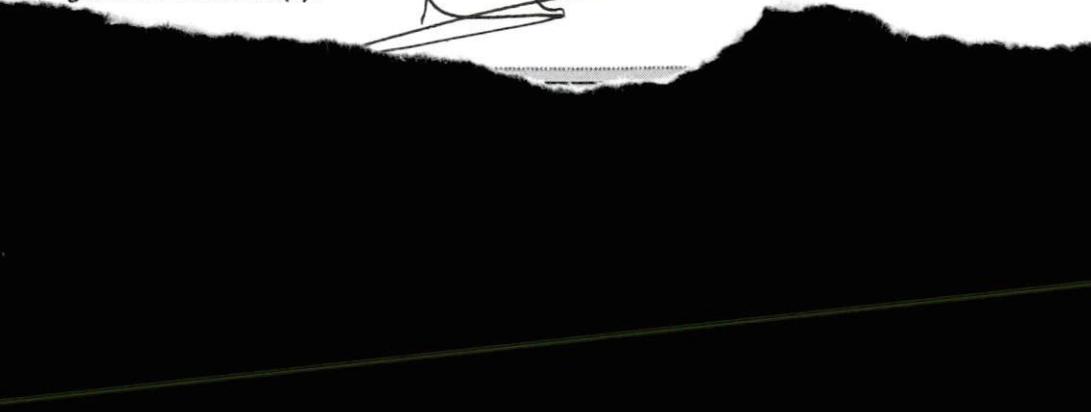
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center;"> </div>			
Date de consultation : 22/6/2013			
Nom et prénom du malade : Fadi Rachida			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète type 2.			
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 : 23/08/2021

Le : 23/08/2021

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
21/06/2021	C2		3000 DT	INPE: 091166082
				INPE: 091166082

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-CHARAF		
Dr. Bouchra TAOUDI	21/06/2021	832.00
Coopérative Al-charaf, Hay Inara, Haddouia		

ANALYSES - RADIographies

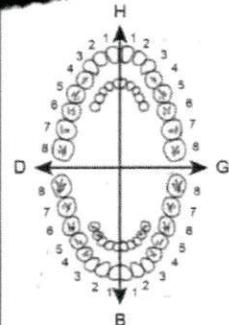
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

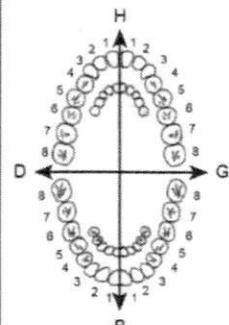
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	35533411	11433553
G		
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEF
DES TRA

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

Diplômée de la Faculté
de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie
Thyroïdienne - Université Paris Descartes

22 Juin 2021

الدكتورة جبري ليلا

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصماء - أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بنينس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى
للغدة الدرقية

Casablanca, le الدار البيضاء في

Mme FADI RACHIDA

390x2 = 780.00

1/ Galvus 50 mg cp.

1 Midi pendant 3 mois

1040x5 = 52.00

2/ METFORMINE WIN 500 MG

1 co Matin et 1 Soir pendant 3 mois

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
LOT : 20E021
PER : 11/2023
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
LOT : 20E021
PER : 11/2023
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
LOT : 20E021
PER : 11/2023
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.
6 118000 031030

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
LOT : 20E021
PER : 11/2023
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

PHARMACIE ACH CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI

Coopérative Ac-charaf, N° DM01
10000 Anara, Haddaouia - CASABLANCA

JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie
Rés. Salha Imm.405 - 3ème Etage
Bd El Qods, An Chock - Casablanca
Tél. : 05 22 50 66 06
UP : 091166062

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