

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.

A33505

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1834

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SAFRI Abdellkader

Date de naissance :

01/01/192

Adresse :

BLOC D N° 04 HAY SAADA

Tél. :

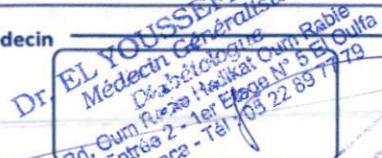
0674315818 HASSAKI CASABLANCA

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/10/22

Nom et prénom du malade :

BMICISSOUA SNA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 : 17/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

SAFRI

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
08/10/22	g	150 DNT	150	DR. EL YOUSSEFI Fatima Médecin Généraliste C.R. Entrée 2 - 1er Etage Casablanca - 141.000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ASSOCIATION	08/10/22	2802,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

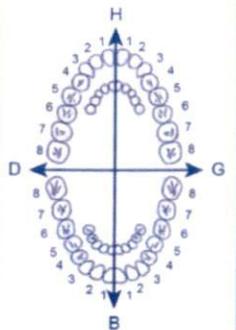
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

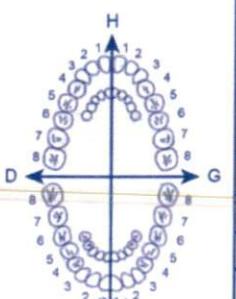
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
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

Dr. ELYOUSSEFI Fatima

Médecine Générale

DU en Diabétologie

DU en Médecine de Travail

Diplôme en Echographie

ECG

Ancien Medecin de l'hôpital Al Hassani



M. 1234

الدكتورة اليوسفي فاطمة

الطب العام

دبلوم داء السكري

دبلوم طب الشغل

دبلوم الفحص بالصدى

تخطيط القلب

طبيبة سابقة بمستشفى الحسني

Ordonnance

Casablanca Le

08/01/22

الدار البيضاء في

n° BAKRASS OU ASILIA

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

437,00 x 4

11 - Jammet 50 / 1 re

152,50 x 3

2 - Comtins

PHARMACIE N° 1
Dr. Rachid NAI
175bis, Bloc 2 Cite Con
Hay Hassani-Casa
Tél 022 93 28 74

199,00 x 3

8 - Chmousam p

2802,50

Dr. ELYOUSSEFI Fatima
Médecin Généraliste
Diabétologue
Bd. Oum Rabiâ Hadikat Oum Rabiâ
GH 1 Entrée 2 - 1er Etage N° 5 El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 22 89 77 79

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

b1 Sty 3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

3ml
P.P.V : 152,50 DH
6 118001 081608

LOT PER
Prix 199,00 25
Prix 199,00

Bd. Oum Rabiâ Hadikat Oum Rabiâ - GH1 - Entrée 2 - 1er Etg - Appt 5

Tél : 05 22 89 77 79 - E-mail : fatimaelyoussefi80@gmail.com

Lot / A c de préfér CD063 0455
LOT PER
Prix 199,00 25