

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.

N° W19-471168

A 96270

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09798

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TAHROUB Zoufaphy

Date de naissance :

01-01-63

Adresse :

Tél. : 0663765599

Total des frais engagés : 164,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél. : 05 22 91 56 77 - CASA - 2026

Date de consultation :

04/01/24

Nom et prénom du malade :

Zainabouz Zoufaphy, Mohamed Amine, Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie testiculaire

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 :

Le : 04/01/24

Signature de l'adhérent(e) :



23 FEV. 2024

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
01/01/2014	12345	100.00		INP : [REDACTED] IN.P.N° : 091001230

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL OULIA - CASABLANCA 55/57 Rue TAZHARI 1000 Tel. 02 292 26 80	01/01/2014	44,20

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				Coefficient des Travaux [REDACTED]
				Montants des Soins [REDACTED]
				Début d'Execution [REDACTED]
				Fin d'Execution [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000 00000000 35533411	B	00000000 00000000 B
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des Soins [REDACTED]
				Date du devis [REDACTED]
				Date de l'Execution [REDACTED]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de
Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.



الدكتورة لطيفة أبوجيدة
الطب العام

الفحص بالإيكوغرافيا

**خريجة جامعة مونبولي (فرنسا)
طبيبة رئيسية لمركز صحي سابقا**

**حاصلة على دبلوم أمراض النساء
جامعة ستراسبورغ (فرنسا)**

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg

Casablanca, le

04/10/2024

Mahboub justhamed Amine



44,20

→ Difal 50 = 1 cp x 2 زجاجة



Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél. : 05 22.91.56.77 - CASA - 20220

PHARMACIE LE BIEN-ETRE
Mme. Houda KEROUANE
55/57, Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 022.93.26.80