

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-628600

69400



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

254

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KJI SALAH

Date de naissance :

01/01/1931

Adresse :

JAMILA 3 RUE 16 N 46 C D

Tél. :

0668 154352

Total des frais engagés : 649,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/04/2021

Nom et prénom du malade :

Lahrissi brika

Age :

75 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

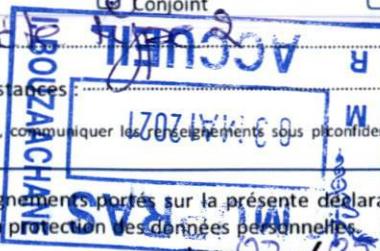
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

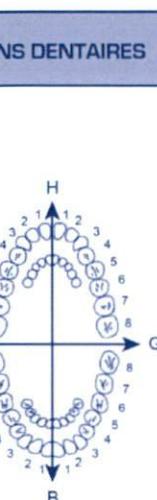
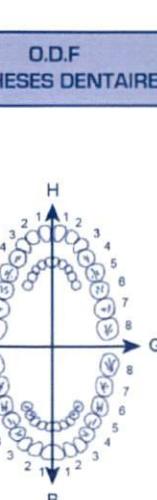
Signature de l'adhérent(e) :



Le : 03/04/2021

| 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 |
| 29/04/2021 | FS | 1000 | Dr. H. OUAZZAL Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme Maître en Médecine et en Biochimie Casablanca, Maroc | INP: 091193820 Spécialiste en Endocrinologie et Métabolisme Maladies Métaboliques et Endocrinologiques Amnia 3, Boulevard Dakha, N° 21 C.D. - Casablanca - Tel: 05 22 57 20 61 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 29/10/2021 | 449,12 |
| | | |
| | | |
| | | |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-------------------------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|--|----------|----------|--|--|---|--|--|
| 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 (List of treated teeth) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (Coefficient) | INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | OD.F PROTHÉSES DENTAIRES  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">25533412</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | 25533412 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | | 11433553 | 35533411 | | | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Mouna JOUBIJ

الدكتورة مونى جوبيج

Spécialiste en endocrinologie et diabétologie

Nutrition et maladies métaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine et

De Pharmacie de Casablanca

Ancienne interne au CHU Ibn Rochd Casablanca



أخصائية في أمراض الغدد والسكري

وال營养ية وأمراض الأبيض

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي

ابن رشيد بالدار البيضاء

Casablanca, le 29/04/2021 الدار البيضاء في

Mme Larhissi
brikka

149,70 x 3

21 Diptezu fat

S.V

100 125 mg CP

1cp/j le matin après
repas

149,70

Dr. JOUBIJ Mouna
Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Maladies Métaboliques et Nutrition
Jamila 3, Boulevard Dakhla, N° 225, 1er Etage
Casablanca - Tel : 05 22 37 40 87

جميلة 3 شارع الدانة، رقم 225 الطابق الأول، ج. الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 37 40 87

Jamila 3, Avenue Dakhla, N° 225, 1er Etage, CD - Casablanca - Tel : 05 22 37 40 87

E-mail : joubij.mouna@gmail.com

PPV: 149DH70
PER: 01/24
LOT: K126

DIPREZAR FORT® 100 mg/25 mg
Losartan + Hydrochlorothiazide

30 Comprimés pelliculés



6 118 000 041 672

DIPREZAR FORT® 100 mg/25 mg
Losartan + Hydrochlorothiazide

30 Comprimés pelliculés



6 118 000 041 672

149,70
PPV 149DH70
PER 12/23
LOT J3688

PPV: 149DH70
PER: 01/24
LOT: K126

DIPREZAR FORT® 100 mg/25 mg
Losartan + Hydrochlorothiazide

30 Comprimés pelliculés



6 118 000 041 672