

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**MUPRAS
RECEPTION**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2132 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LARAKI MUSTAPHA

Date de naissance : 01-12-1954

Adresse : 64 lotissement KHALIFA Deraouia

Tél. : 0661567288 Total des frais engagés 18.12.424.300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Res. N° 244 IMM 405 - 3ème Etage
Bd. EL HASSAN II - Casablanca
Tel. 05 22 60 66 06
INPE : 091166082

Date de consultation : 28/10/2022

Nom et prénom du malade : Abdennasser Aicha Age : 62 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type 2 - Dyslipidémie

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 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : CEH

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/10/2022 | C | 3000DH | |  |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE PRINCIPALE DE LA CITE N° 22 53 20 83 19176</i> | 28/10/2022 | 1812,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | |
|--|---|--|------------------|-------------|---|--|---|---|--|--|---|--|---|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | D | G | $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$ | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | |
| $\begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array}$ | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE 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

الدكتورة جبرى لپلى

الخصائص في مرض السكري

أمراض الغدد الصماء - أمراض الاضطرابات

خريجة كلية الطب بنينس بفرنسا

حالة على دبلوم الفحص بالصدى

للغة الدرامية

الدار البيضاء في Casablanca, le

Mme AHMAMOU AICHA

43700 1/ Janumet 50/1000 mg 56 cp
1 Matin et 1 Soir pendant 3 mois après le repas

15780x3 2/ Rosuvas sun 10 mg 30 cp
1 Soir pendant 3 mois

14.00 x 2 3) Diprone 1g up
1cap ad, pd +

DR. JABRI LEILA
Spécialiste en psychopathologie
Jubilee Rd.
ad. El-Gezira 06 22 50 66 08
INPE : 0911660082

1812, 40

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sant'ali
BLOC U N° 17 Daroua
Tél : 05 22 53 20 83

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانيك 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

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L3044

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L3044

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.

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

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80