

# 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.

M22- 0030947

Optique *144562*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *4829* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *MARZIKH Ahmed*

Date de naissance : *16-04-1953*

Adresse : *50 Léopard de Venise Abdellatif*

Tél. : *0674.15.38.39* Total des frais engagés : *11.96,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *23/12/2022*

Nom et prénom du malade : *El Ghoul El Moustakid 25.1.01* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *panarh + Depress*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : *CASA* Le : *12 JAN 2023*

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
23.02.2024	Ex		220	091191981

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/90	946,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412   21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Docteur Loubna KABBAJ

## Médecine générale

### Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

Casablanca, le: 06/01/2023 ..... الدار البيضاء في

- الدكتورة لبني قباج  
الطب العام  
نساء - رجال - أطفال
- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة
  - التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا
  - دبلوم جامعي في مرض السكري
  - كلية الطب مونتبيولي
  - دبلوم بين جامعي في مرض إرتفاع ضغط الدم
  - كلية الطب بستراسبورغ
  - الفحص بالصدى
  - التخطيط الكهربائي للقلب

## MME EL JAOUI EP MARIKH LATIFA

- Velaxor Ip 75 mg - gélule à libération prolongée  
1 Gélule, matin soir pendant 3 mois
- Medizapin 2,5 mg - comprimé  
1 Comprimé, soir pendant 3 mois
- Dimazol 10 mg - comprimé  
1/2 Comprimé, soir pendant 3 mois



05 22 86 14 93

[l.kabbaj@hotmail.fr](mailto:l.kabbaj@hotmail.fr)

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual  
1er étage, bureau 109 - Casablanca

Patente 34700377 - ICE : 001619698000022

مجمع عبد المؤمن، زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال الطابق الأول  
الرقم 109 الدار البيضاء

05 22 86 14 93

[l.kabbaj@hotmail.fr](mailto:l.kabbaj@hotmail.fr)