

## 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

- Réclamation : 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.

N° W19-470664

148766

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10 509

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AYA. TARIKH

Date de naissance : Le 10/10/2005

Adresse : Rue 03, N° 203, A.P. 04, TA20LA

Tél. : 06 61 68 65 69

Total des engagements : 193

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/12/2021

Nom et prénom du malade : N. TARIKH

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Tariq

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 : Casab

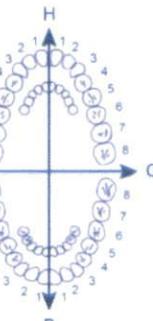
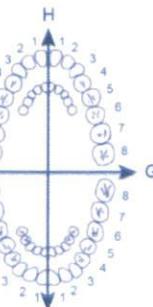
Le : 08 FEV 2023

Signature de l'adhérent(e) : O. TARIKH



| ANALYSES - RADIGRAPHIES                             |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                       |                   | 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.  |  |   |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.                       |  |   |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>   | <b>Dents Traitées</b><br>(List of treated teeth) | <b>Nature des Soins</b><br>(Nature of treatments) | <b>Coefficient</b><br>(Coefficient) | INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | CCEFFICIENT DES TRAVAUX   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | MONTANTS DES SOINS  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | DEBUT D'EXECUTION   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | FIN D'EXECUTION   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | <b>OD.F PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>  |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |          |          |  |  |  |  |  |  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
|   |  |   |                                     | H   | 25533412 | 21433552 |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | D   | 00000000 | 00000000 |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
|   |  |   |                                     | B   | 00000000 | 00000000 |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| G   | 35533411   | 11433553  |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  |   |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br><input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |  |   |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>MONTANTS DES SOINS</b><br><input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>      |  |   |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>DATE DU DEVIS</b><br><input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>           |  |   |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |
| <b>DATE DE L'EXECUTION</b><br><input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>     |  |   |                                     |   |          |          |  |  |  |  |  |  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |

# 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

الدكتورة لبني قباج

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة
- التخصصات للضمان الاجتماعي سابقًا
- دبلوم جامعي في مرض السكري
- كلية الطب مونتيلوي
- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم
- كلية الطب ستراسبورغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le: ..... الدار البيضاء في ..... 21/12/2022

LOT:550  
PFR:02/24  
PPV:62,70DH

FILLE MARIKH AYA

- Sargenor 1 g - comprimé effervescent  
1 Comprimé, midi pendant , 3 mois

- Dostinex 0,5 mg - comprimé  
1 comprimé par semaine pendant 1 mois

- Vitamine d3 b.o.n. 200 000 ui / ml - solution injectable im et buvable  
1 ampoule/ mois pendant 3 mois

PPV: 20,90 DH

PPV: 20,90 DH

PPV: 20,90 DH

on signe S.A.P

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 146DH40

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 146DH40

Dr Loubna KABBAJ  
Médecine générale  
et Bd Anoual, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, El Fiq 1 bureau 109  
Tél: 0522861493  
E-mail: l.kabbaj@hotmail.fr