

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M22- 0058969

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08884

Société : ATS / M0756

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN MAAOUR MOHAMED

Date de naissance : 03-08-1965

Adresse : 75 cité de police polo Casablanca

Tél. : 0661968524 Total des frais engagés : 421,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
et Métaboliques
Diabétologie
Rés. Sidi Hm. 105 - 3ème Etage
El Quds Ain Chock - Casablanca
Tél : 05 22 50 66 06
NIP : 09116602

Date de consultation : 11/07/2023

Nom et prénom du malade : El Hiti Meriem Age: 47 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hypothyroïdie substitutive

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 faire partie de la Mutuelle relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/07/2023

MUPRAS

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
11/07/23	C2		300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES BAILLARS Dr S. BOUAFIA BOUHLAL 492, Bis Bd. Panoramique Montpellier - Tél: 0522 527 560	11/7/23	121,20

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

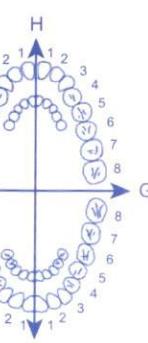
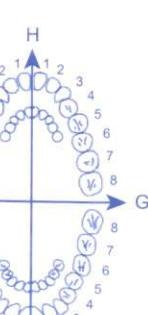
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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						
				Début d'exécution						
				Fin d'exécution						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	Coefficient des travaux
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
				Montants des soins						
				Date du devis						
				Date de l'exécution						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Dia^gtologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté

de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroïdienne - Université Paris Descartes

19 Juillet 2023

الدكتورة جبرى ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بنيني بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للغدة الدرقية

الدار البيضاء في Casablanca, le

Mme EL HITMI MERIEM

1340 DH

1/ Levothyrox 50 ug

1 Matin pendant 6 mois

6180 DH

2/ Levothyrox 25 ug cp

1 Matin pendant 6 mois

121,25

صيدلية الدار
PHARMACIE DES DALIAS
Drs. BOUAFIA BOUHLAI
492, Bis Bd. Panoramique
Montpellier - Tél: 0522 527 560

Dr. JABRI LEILA
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Rés. Jaffar 1800 18, 3ème Etage
Bd. El Qods Al Khayr - Casablanca
Tél: 05 22 50 66 06
INPE: 09118002

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الانبياء 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

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 2. µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH
7862160335