

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7273 Société : DARM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEHDIAS Nour Eddine			
Date de naissance : 03/07/1989			
Adresse : DURB CHOLLEF RUE 43 N° 2 CARM			
Télé. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 01/10/2019			
Nom et prénom du malade : Nour Eddine			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Ostéite			
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 : / /

LS

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/2018	1760,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

**VOLET ADHERENT**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

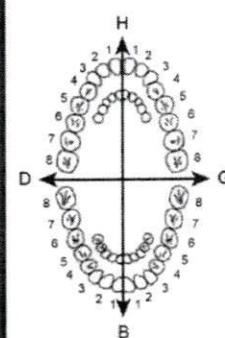
**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

CLIENT  
RAVAUX

ANTS  
OINS

DU

DE  
CUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة لبني قباج

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

Docteur Loubna KABBÀJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique

CNSS Derb Ghalef, Casablanca

- Diplôme Universitaire de Diabétologie

Faculté de Médecine de MONTPELLIER

- Diplôme Inter-Universitaire Hypertension Artérielle

Faculté de Médecine de STRASBOURG

- Echographie générale

- Electrocardiogramme

- طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة

التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا

- دبلوم جامعي في مرض السكري

كلية الطب مونبيلي

- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم

كلية الطب ستراسبورغ

الفحص بالصدى

الخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 01/12/2019 الدار البيضاء في :

Mardi 21 Novembre

Mardi 21 Novembre



21 Novembre 2019

22 Novembre 2019

Dr. LOUBNA KABBÀJ  
Médecine Générale  
El Kadriach Leïl  
Docteur en Pharmacie  
21, Rue Jâmi' Ansari  
Derb Ghalef - Casablanca  
Tél : 05 22 86 28 51

21 Novembre 2019  
1760,50



Dr. LOUBNA KABBÀJ  
Médecine Générale  
El Kadriach Leïl  
Docteur en Pharmacie  
21, Rue Jâmi' Ansari  
Derb Ghalef - Casablanca  
Tél : 05 22 86 28 51

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual

1er étage, bureau 109 - Casablanca

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

مجمع عبد المؤمن، زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال الطابق الأول

الرقم 109 الدار البيضاء

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 581 DH



6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 581 DH



6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 581 DH



6 118001 121298

**Parasphan**

PPV 17DH30  
EXP 03/2022  
LOT 94031 1