

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

773

Société : RAM 149683

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZEM MOHAMED

Date de naissance :

1947

Adresse :

44 Rue 18 Janvras CD CASABLANCA

Tél. : 0661627262

Total des frais engagés :

1661

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26/11/2010

Nom et prénom du malade :

AZEM AMINA NEE Hmidani Age: 70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type 2

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 : 26/11/2010

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
26/04/2020		CS	200000

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2020	14161,00

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.

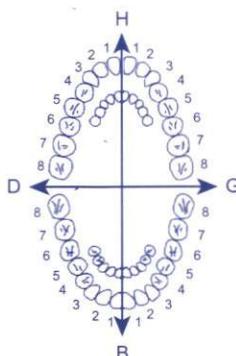
Important :

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

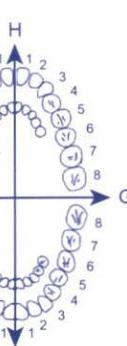
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
T	



(Création, remont, adjonction)

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D												
00000000	00000000											
35533411	11433553											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

III 3Rcis

41 Zyglostat 100 mg cp

Pharmacie MOUNA
16, AV Dr. Driss El Harti
Jamila 3 - Cité Djémâa
Tel.: 0522 37 38 67 - CASABLANCA

cp x 1 jeu sur 2 jours

51 Bétaserc 24 mg cp (78.00 x 8)

62400

14px21j

= 1461,00

Dr. JOUNA Mouna
Spécialiste en Diabète, Médecine Diabétique
Maladie Métabolique et Nutrition
26, Av. Driss El Harti N° 225, 1er étage
Casablanca
Tél.: 05 22 37 40 87

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830 O
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E013
PER.:05 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830 O
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E013
PER.:05 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830 O
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E013
PER.:05 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830 O
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E013
PER.:05 2023
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830 O
P.P.V : 10DH40
LOT : 20E013
PER.:05 2023
6 118000 062127

MFM37 1122
LOT PER
Prix

79,00

36 08 22
LOT PER
Prix

79,00

36 08 22
LOT PER
Prix

79,00

MFM37 1122
LOT PER
Prix

79,00

36 08 22
LOT PER
Prix

79,00

MFM37 1122
LOT PER
Prix

79,00

36 08 22
LOT PER
Prix

79,00

36 08 22
LOT PER
Prix

Pharmacy
26, Av. Driss El Harti
Jamila 3 - Casablanca
Tél.: 05 22 37 38 67

Dr. Mouna JOUBIJ

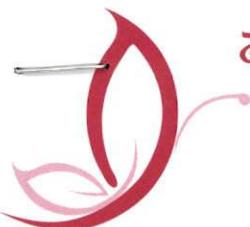
Spécialiste en endocrinologie et diabétologie

Nutrition et maladies métaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine et

De Pharmacie de Casablanca

Ancienne interne au CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتورة مونى جوبيج

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

والتنفسية وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le 26/11/2020
الدار البيضاء في

Mme Azemee H MIDANI
Amina



11 Galaxia 50mg cp
5000 S.V.

1cp/j Amidi

10x5

21 Metformine 500mg cp
S.V.

Matin
Soir

Apres
Repas

31 Neofer Bg
31000 S.V.

sel

شارع الداخلة رقم 225 الطابق الأول، ج. الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 37 40 87
Jamila 3, Avenue Dakhla, N° 225, 1er Etage, CD - Casablanca - Tél : 05 22 37 40 87

E-mail : joubij.mouna@gmail.com

PER 0.6x2.5

78,00



PER 0.6x2.5

78,00



PER 0.6x2.5

78,00



PER 0.6x2.5

78,00



PER 0.6x2.5

78,00



PER 0.6x2.5

78,00



PER 0.6x2.5

78,00





6118001031030

Galvus® 50 mg ○
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

