

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## litions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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

50659

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011845

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12510 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : E.L.R.H.A.Z.C Date de naissance : 10/10/1985

Adresse : 2, Allée Andante, Etage 35, RAMEL, Casablanca

Tél. : 06 64 03 63 31 Total des frais engagés : 568,40 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  Dr. LOUAI ALLAL BEN ABDELLAH, Médecin généraliste, Bureau 103, 6ème étage, Ancien centre, Bd Abdellah, Casablanca

Date de consultation : 28/10/2020

Nom et prénom du malade : E.L.R.H.A.Z.C Age : 35

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : S.A.P. C.V.R. 19, Bradah

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 : CASABLANCA Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/08/2020	567,40 DHS

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

Diagram illustrating the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch (maxilla) has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch (mandible) also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The diagram is centered with points H at the top, G at the right, D at the left, and B at the bottom.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

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

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

**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 Ghallef, Casablanca

- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELIER

- Diplôme Inter-Universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG

- Echographie générale

- Electrocardiogramme



N° LOT : L 0539  
DATE DE PER : 10/23

الدكتورة لبنى  
الطب العام  
نساء - رجال - أطفال

- طبيبة مستعجلات

- التخصصات للرضع

- دبلوم جامعي في مرحلة كلية الطب مونتيلويولي

- دبلوم بين جامعي في مرحلة كلية الطب ستراسبورغ

- الفحص بالصدري

- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 28/10/2023

الدار البيضاء في : 28/10/2023

DolipraneVitamineC\*

Paracétamol 500mg + Vitamine C 150mg

16 comprimés effervescents



60,00 x 2 =  
61 A 3 500 mg

18,00 x 2 =  
18,00 mg

et Doliprane vit C

35,70

37 Karolay c 160 mg  
1 sachet

138,10

61 Lovenox 25 mg

14,00 x 2 = 28

57 vit C 100 mg

200,00

67 maelvs 25 mg

568,40 tot

05 22 86 14 93

L.kabbaj@hotmail.fr

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

209,00

AZ® 500 mg  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH



AZ® 500 mg  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH



DolipraneVitamineC\*

Paracétamol 500mg + Vitamine C 150mg

16 comprimés effervescents



AZ VITAMINE C 1000 MG  
SACHETS B30

PER : 20/01/2021  
P.P.V : 35DH



VITAMINE C 1g  
Boîte de 10 comprimés effervescents

PPV : 14,80 DH



Vita C 1000®  
10 Comprimés effervescents



مجمع عبد المؤمن، زاوية شارع عبد المؤمن مقابل انتهاي الطريق الأول

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

05 22 86 14 93

L.kabbaj@hotmail.fr

الرقم 109 الدار البيضاء