

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.

M22- 0031608

Optique 137217 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0033

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHLI Mouhssine

Date de naissance : 03/03/1972

Adresse : mrahli@royalairmaroc.com

Tél. : 06 67 15 32 88 Total des frais engagés : 2367,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/2022

Nom et prénom du malade : RAHLI Mouhssine Age : 50 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection dermatologique

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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

21 NOV. 2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	AS/XX/2022	367,00 DT INP 092030170

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

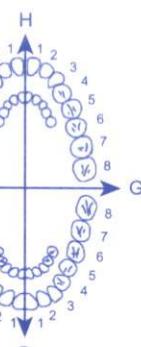
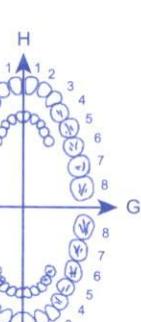
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	G											
25533412 00000000	21433552 00000000											
D	B											
35533411	11433553											
				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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 10.11.2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9033 E-mail : mrahli@royalairmaroc.ma Phones : 0661153286

Nom et Prénom de l'adhérent : RAHLI Mouhssine

Nom et Prénom du bénéficiaire : RAHLI Mouhssine

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. RAHLI Mouhssine

Nécessite une chirurgie de Kyphose scolaire du Dos.

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

 Reprise chirurgie de Kyphose scolaire du Dos
 déjà opéré à 2 reprises avec

Cachet, date et signature du praticien


A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Dr HAIM Hind

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Médecine Esthétique Cosmétologie et Lasers Besançon - Nice - Bordeaux - Paris
- Ancien Médecin interne au CHU Ibn Rochd
- Ancien Médecin Interne au CHU Hôtel Dieu Nantes - France

- Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles
- Infection sexuellement transmissibles
- Allergie cutanée et brûlures
- Médecine esthétique anti-âge : Peeling, Botox, Fillers
- PRP, Mésothérapie, Cosmétologie
- Lasers



الدكتورة هايم هند

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر
- بيزنسون - نيس - بوردو - باريس
- طبيبة سابقاً بمستشفى ابن رشد
- طبيبة سابقاً بمستشفى - Hôtel Dieu - نانت فرنسا
- أمراض و جراحة الجلد، الشعر و الأظافر
- الأمراض المقلولة جنسياً
- الحساسية و الجروح
- طب التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca, le : 15/11/2022

Coupe ronde opératoire
Reprise chirurgicale de kyste Sebaceux
organisé en plusieurs ligettes et Adhésifs
sur x points blancs sur austérite
école avec suture volonté en
l'osseux avec plans.



Dr HAIM Hind

DERMATOLOGUE-VÉNEROLOGUE
165 Bd Abdelmoumen Résidence
les Champs Center, Imm A, 4^{ème} étage,
Appt 5 - Casablanca - 05 22 20 06 21
Tél : 05 22 22 78 99 - 05 22 20 33 73

Dr HAIM Hind
DERMATOLOGUE VÉNEROLOGUE
165 Bd Abdelmoumen Résidence les Champs Center, Imm A, 4^{ème} étage, Appt 5 - Casablanca - 05 22 22 78 99 - 05 22 20 33 73
INPE 09-12-15-939

— 1000DH —
— deux mille denars —

165 شارع عبد المؤمن إقامة ليشون ستر، عمارة A، الطابق 4، رقم الشقة 5 الدار البيضاء

165 Bd Abdelmoumen Résidence les Champs Center, Imm A, 4^{ème} étage, Appt 5 - Casablanca

Tél : 05 22 22 78 99/05 22 20 33 73 - Urgence Secrétariat : 06 70 02 06 21 - Urgence Médecin : 06 60 51 57 39

Email : haimhind@gmail.com

BACTOSPRAY

Solution
antiseptique

sans alcool
incolore

BACTOSPRAY

LOT: 2203007
EXP: 02/2025
PPC: 148.00DH

125 ml

Distribué par :
Laboratoire ADDAK MAROC
Avenue Stendhal. RES BENBER
Casablanca - MAROC
www.addaxmaroc.com

Hind

pharmacie de Casablanca
smétopologie et Lasers

ochd
Dieu Nantes - France
eux et ongles

Botox, Fillers

Casablanca, le :



Avelox® 400 mg

Moxifloxacin

Antibiotique à large spectre

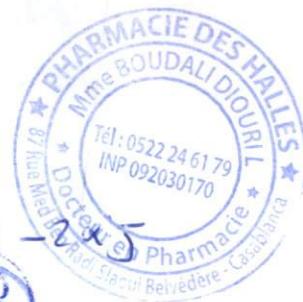
5 Comprimés pelliculés

Fabricant :
Bayer AG
51368, leverkusen
Allemagne

LOT: M0061
EXP: FEV 2023
PPV: 139,50 DH

15/11/20

Mon Hsine



148,00

1) Bactospray

ADDAK

139,50

2) Avelox

148,00

148,00

17/5/15/20

225,00

Cypro

57,00

URlodem

367,00

148,00

Dr HAIM Hind
165 Bd Abdelmoumen Résidence les Champs Center, Imm A, 4ème étage, Appt 5 - Casablanca
165 Bd Abdelmoumen Résidence les Champs Center, Imm A, 4ème étage, Appt 5 - Casablanca
Tel: 05 22 22 78 99/05 22 20 33 73 - Urgence Secrétariat : 06 70 02 06 21 - Urgence Médecin : 06 60 51 57 39
Email : haimhind@gmail.com