

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-813157

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 1368	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autre : A72529
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : TAZGUI LHOU		
Date de naissance : 30.06.1948		
Adresse : Cdt TADAMOUN, Rue 9, n° 31		
ouffa casa		
Tél. 06.32.80.50.14 Total des frais engagés : 350, 20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. OMAR EL GRAOUI Hematologie Clinique et Adultes et Enfants 123 Bd Abdelkoumen Casablanca 20000**

Date de consultation : **08/08/2023**

Nom et prénom du malade : **TAZGUI LHOU** Age : **75**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

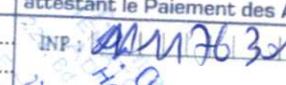
Nature de la maladie : **Anorexie**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie chronique**

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 : 22/08/2023
Signature de l'adhérent(e) : **X TAZGUI LHOU**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/08/2023			3000DH	INP : 244176321 

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARL - Gérardine Dufour Résidence Annexe - Casablanca 22 89 43 09 - 0293	08/08/23	50,90 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Omar El Graoui

Médecin spécialiste . Hématologie clinique
Adultes et enfants

Diplômé des universités de Paris en

Hématologie

Greffé de cellules souches hématopoïétiques

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Ancien interne du CHU Ibn Rochd



Casablancale :

CASABLANCA, LE

Mr TAZGUI LHOU

25/10/2023

Fumafer 2cp /j pdt 3 mois



25/10/2023
50,00 Dhs
PHARMACIE RÉSIDENCE ANNAIM
Sihani El Guerroui
Docteur en pharmacie
4, Résidence Annaïm - Oufa
tel: 05 22 89 43 09 - Casablanca

د. عمر الأجراوي

أخصائي في أمراض الدم
البالغين والأطفال

خريج جامعات باريس في

أمراض الدم

زوجة الطفلا الجعدية للدم

طبيب داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

طبيب داخلية سابقاً والمسئلني الجامعي

ابن رشد

الدار البيضاء في :

58/8/2023

DR. OMAR EL GRAOUI
HEMATOLOGIST
223, Bd Abdelmoumen
Casablanca
Tunisie
+212 5 22 22 18 56 / Urgence : +212 6 68 4 37 0 37



FUMAFER®
fumarate ferreux 200 mg
(équivalent à 66 mg de fer)

PPV 25.10 DH
LOT L0591 PER 05/27

Remerciements

PPV :
EXP :
Lot N° :

25/10

25.10.2023

