

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° W21-775795

203043

MUP Médiant
orthodontie
orthotique
arthro. A

| | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : 12565 | Société : R.A.M / PNT | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : CHAACHOU BADR | | |
| Date de naissance : 10 / 11 / 87 | | |
| Adresse : 11. RUE 47 EKKA RES. PORTECALIFORNIE IMN SALAM Apt 14 CASA | | |
| Tél. : 06 61103628 | Total des frais engagés : 300,40 | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08 MAR 2014

Nom et prénom du malade :

ME CHAACHOU BADR

Age:

Enfan

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Pharyngite

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

Fait à : CASA

Le : 08/10/2014

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26 MARS 2024 | C | C | 200 | Dr TLEMSANI Lamine INP : 091136069 Médecine Générale Bachkou 1 ^{er} Et. A. Inma 7 1er Etage CASABLANCA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| DR TLEMSANI Lamine Pharmacie Bachkou Quartier Bachkou - Casablanca | 23/03/2024 | 100,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

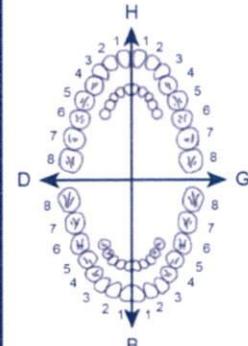
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-----------------------------|
| | | | | INP : [] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DATE DU DEVIS [] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [] |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. TLEMSANI Laila

MÉDECINE GÉNÉRALE - ECHOGRAPHIE

Médecin Agréé par le Ministère de la Santé

- PERMIS DE CONDUIRE -

Diplômée de la faculté de Médecine de Montréal

Casablanca.

231250

11/2026

Lot :
À consommation
avant le :

PPC: 49,90 DH

دكتورة التلمذاني ليلى

العام - الفحص بالصدري

三

PPV: 13DH10

PER: 11/26

LOT: M3924

D^r Chaaclan Bar

claril 500
A CP

x 21j 6pins

volgav 200
A-C

~~x~~ 21
pseud neptunus

Fiction
Maggie

3ij

DOKTOR
A.CP

Dr. TLEMSANI Laila
Médecine Générale
Bachkou - El-Jadidah A 7
Stage - CASABLANCA

ICE : 001629358000035

طريق تدارت، باشلوك ١٦ عمارة ٧ الطابق الأول (مقابل مسجد الهدایة) - الدار البيضاء

Rougé Taddert, Bachkou, Lot A7 1^{er} étg (en face de la Mosquée Hidaya) - Casablanca

Tél : 05 22 83 08 92 - GSM : 06 62 83 08 93 - E-mail : laila.tlemcani@gmail.com

Tolgam 200mg boîte de 20 comprimés



6118000 092001