

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-630794

73201

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SCALLY F-2

Date de naissance : 14.12.49

Adresse : 13 Kham Fakhre Tanger

Tél. : 066144668 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

08/05/2022

Le : 08/05/22

Signature de l'adhérent(e) :

Scally

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
08/01/21	consultation C		100,00	INP : 94012812 Dr. H. LEMSEFFER Malak 164, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tél. : 05 22 36 24 79
16/01/21	Compoite D15		36/300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourcheur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES FRISSES Dr. LEMSEFFER Malak 164, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tél. : 05 22 36 24 79	8/01/22	564,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

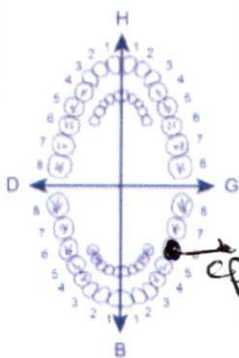
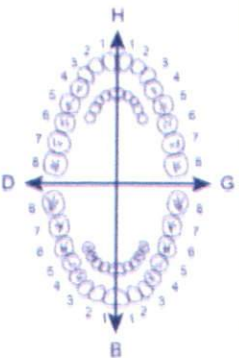
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

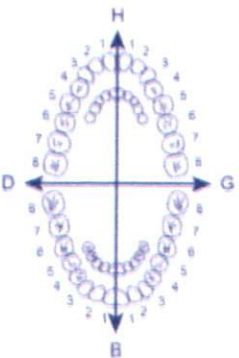
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 94012812	
	3 6	Composite D15		COEFFICIENT DES TRAVAUX $5 + 5 = 10$	
		Consultation C			
				MONTANTS DES SOINS 400,00	
				DEBUT D'EXECUTION 08/01/21	
				FIN D'EXECUTION 16/01/21	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession				
			DATE DU DEVIS		
			DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Rhizelane LAHLOU
 Chirurgien Dentiste Spécialiste
 Diplômée PARIS V, VI

Parodontologie - Implantologie
 Prothèse - Esthétique - Soins
 Ancienne Attachée d'enseignement
 à la pitié salpêtrière PARIS



PHARMACIE LES IRISSES
 Dr. LEMSEFFER MARIK
 164, Boulevard d'Anfa
 (Angle Rue Molière)
 Tél. : 05 22 36 24 79

Ordonnance

Date 08/05/21 Nom M^{me} SCALLY Fatima
- ZAHRA

168.2012

- Augmentin (195)

Ascher 2x1; pelt 8j

82.10

- I NEXIUM (20mg)

1 cellule le matin avant
 pelt 3 diénaire

58.40

1 oblique (20mg)

3 Gp lentin ou lentin de porc
 pelt 3j

88

- CURET (20mg) 1x les soirs pelt

PHARMACIE LES IRISSES
 Dr. LEMSEFFER MARIK
 164, Boulevard d'Anfa
 (Angle Rue Molière)
 Tél. : 05 22 36 24 79

56

Résidence RAMI 7, Rue Sebta Ter et agor, à gauche
 Quartier des hôpitaux (Bd Zerktouni) Casablanca
 Tél. 0522 487 494 - 0522 486 218
 mail: rhizelanelahlou@yahoo.fr

Dr Rhizelane LAHLOU
 Chirurgien Dentiste
 7, Rue Sebta Ras-Rami
 Casablanca - Tél: 0522 48 74 94

58,40

203 3

04-23

Solupred® 20mg

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

..... sachet(s) fois
prendre de préférence au déb
pendant jours.
Lire attentivement la not
أفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement s

RESPECTER LES DO

PPV: 168,20 DH
LOT: 597817

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN®

10/125

Sachet

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas.
pendant jours.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 168,20 DH
LOT: 593430

PPV: 88DH00

PER: 02/23

LOT: J523-2



SYNTHEMEDIC

22 rue souheir bnou al souem r ches
noir el casablanca

INEXIUM

20 mg

Boîte 14

Cpr GR

640760MP21NRQ

PPV: 92,60 DH

6

118001

020591

Dr RHIZELANE LAHLOU

Chirurgien Dentiste Spécialiste

Diplômée en parodontologie-implantologie-prothèse fixée
Ancienne Attachée d'enseignement à la pitié salpêtrière (Paris)

FACTURE

M^{me} SCALLY FATI NA ZAHRA

DATE	ACTE	MONTANT
10/05/21	consultation	100,00
	composante sur 36	300,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

600,00

Dr Rhizelane Lahlou
Chirurgien Dentiste
7, Rue Sebta Rés. Ram
Tel: 0522 487 494
Casa - 2019

7 Rue Sebta Résidence Ram Quartier des hopitaux. Casablanca
Tel.0522487494 0522486219 Gsm0661057876 CNSS7173719
IF42012066

Mail -rhizelanelahlou@yahoo.fr

ICE001684331000058

INP94012812

IF42012066