

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-530133

84500

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	644	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MANZAH RACHID			
Date de naissance : 13/12/1965			
Adresse : LES CHALETS DE BOUSISOURA V7 CASABLANCA			
Tél. :	06.61.22.63.40	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
 <p>Dr HAIM Lind DERMATOLOGUE VENEREALISTE 165 Boulevard JACQUES Les Champs Centrale Appart 5 - Casablanca</p>			
Date de consultation :	Mandah Rachid		
Nom et prénom du malade :	Age :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection dermatologique			
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 : COSA **Le :** 16/06/2011 **Signature de l'adhérent(e) :** 



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
16.06.91	OS		300 DM	INP : 091215939 Dr HAIM Haim PHARMACOLOGUE VENDEE SARLAT LA CANDE

EXECUTION DES ORDONNANCES

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

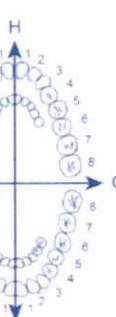
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

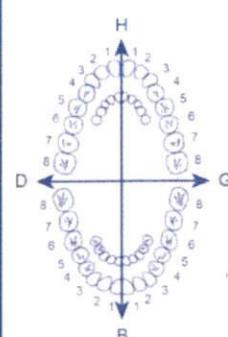
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 26533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 I B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr HAIM Hind

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

 - Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles
 - Infection sexuellement transmissibles



الدكتورة هاجر هند

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
 - دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر بيزنسون
 - طبيبة سابقة بمستشفي ابن رشد
 - طبيبة سابقة بمستشفي Hôtel Dieu - نانت فرنسا

- أمراض و حداقة الـ ١٢

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH

Peeling, Botox, Fillers
e

Casablanca, le : 16 / 5 / 2021.

ID:648978
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
6 118000 161295

DANZOH Rochid

17. h.c
1) Removal rate

3x1 Series plays persists

87.00

CE: 00194360000088
Tel: 0522-310301
Date: 109.09.2022
EMMA

ID:646978 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH

6 118000 161295

EXP 01 2023
Lot 65206

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

165 Bd Abdelmoumen Résidence les Champs Center, Imm A, 4ème 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