

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

adiologie 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.

ptique :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

ND: 89.542

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014389

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2131 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARZAQUITAMou Date de naissance :

Adresse : HAY WALAA RESSALAH, RUE 5 IMM 24

Tél. : Total des frais engagés : 1941 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Omer LAHOU
Spécialiste des Maladies de l'Appareil
Digestif et Chirurgie de l'Appareil
120, Rue Al Moutana Benou Hafsa
Casablanca
Amal 1 Bernoussi 152.18
Tél: 0522.75.52.18

Date de consultation : 17 SEP 2021

Nom et prénom du malade : MARZAQUITAMou 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'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 : Le : 26 OCT 2021

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL

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
17 SEP 2021	V2		400 Dhs	Dr. Chihab Moutanabi, Bhou Harira, Casablanca Signature des Médecins de l'AMM 17 SEP 2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
17/09/2011	17/09/2011	3 87.00
PHARMACIE D'ABIDJAN Oum-Rabi	17/09/2011	521,72

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DAHO 11 Doc Ché Panorau aussi Casablanca	11-05-12		

AUXILIAIRES MEDICAUX

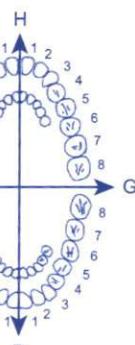
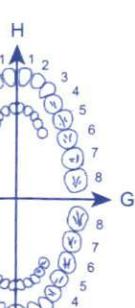
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

DOCTEUR LAHLOU OMAR

SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF

Foie, Vesicule Biliaire, Estomac
Intestin, Hemorroïdes

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
PROCTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France

Ancien attaché au C.H.U de Toulouse
Ancien Médecin des F.A.R

Membre de la Société Française
de Gastroenterologie et d'Hépatologie



الدكتور لحلو عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
و جراحة البواسر

الكبد - المريء - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر

الشخص بالمنظار الداخلي بالأمواج الصوتية
و جراحة المخرج

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

Casablanca, le : 17 SEP. 2021

HARMACIE JUNIL
451, Bld. Sidi-Rabii
Oulfa - Casablanca

D^m MARLAOMAR TAHOU

LOT: 032
PER: FEV 2024
PPV: 129 DH 03

ججع
* centralis 200x200 mm
NS

X 3 mois
NS

120.000³
* A prover 150 140
de IRPHI NS
* 100 mg x 15 140
de noti X 90

LOT: 035
PER: AVR 2024
PPV: 129 DH 03

ججع
notes posolog 200/140
NS

100
Racine 40
215 mg Zelen 200/140
30x3
LOT: 035
PER: AVR 2024
PPV: 129 DH 03

LOT: 035
PER: AVR 2024
PPV: 129 DH 03

05.22.75.52.19 : زنقة الوثنى بن حارثة، أمل 1 البرنوصى (أمام ثانوية المختارات البيوسوفى) - الهاتف : 05.22.75.52.18 - الفاكس :

120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi (en face du Mokhtar Soussi) - Tél.: 05.22.75.52.19 - Fax : 05.22.75.52.19

(+212)05.22.254.613 - الحياة الوازيس : 29، روتاند الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : (+212)05.22.999.444 - الفاكس :

Alhayat Oasis : 29, Rue Rostand, Quartier Oasis - Casablanca - Tél.: (+212)05.22.999.444 (lignes groupées) - Fax: (+212)05.22.254.613

E-mail : docteurlahlouomar@gmail.com