

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° W21-716046

1192H2

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : MU05		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HAIE NOUAMANE
Nom & Prénom : HAIE NOUAMANE			
Date de naissance : 26-11-1968			
Adresse :			
Tél. : 06 08 11 92 5 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Abdeljalil LEMSEFFER Gynécologue - Obstétricien 52, Bd. Zerktouni - Casa </div>			
Date de consultation : 9/5/22			
Nom et prénom du malade : DR HAIE Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTG			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : HTG			
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 : **DR HAIE** Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : **DR HAIE**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY AMAL 4 Mr. SELLAMI MOUNA 4 Rue 62 N° 10 - Sidi-Bernouss Casablanca - Tél: 0522 75 30 10	09/05/2022	526,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 M. Emsfier Abdellatif 52, boulevard Zertkouni Casablanca	17/2/22	B30	400,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.

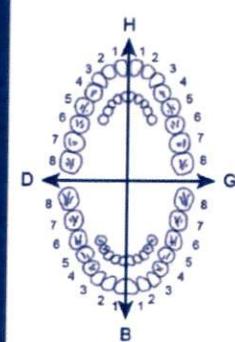
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">H</td><td style="width: 50%; padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td><td style="padding: 5px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td><td style="padding: 5px;">00000000</td></tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000
H	H						
25533412	21433552						
00000000	00000000						
D	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">00000000</td><td style="width: 50%; padding: 5px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td><td style="padding: 5px;">11433553</td></tr> </table>	00000000	00000000	35533411	11433553		
00000000	00000000						
35533411	11433553						

[Création, remont, adjonct]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdeljalil LEMSEFFER

Gynécologue - Obstétricien

Ancien Chef de Clinique - Assistant
des Hôpitaux de Tours (France)



الدكتور عبد الجليل المسffer

إختصاصي في أمراض النساء والولادة

أستاذ مساعد ورئيس عيادة سابقا
بالمراكز الصحي الجامعي بتور (فرنسا)

71,00 x 2

- Yoflit, 1g./ 2 → (20)

44,20 ~~Pr. humor~~: 1g./ 5 → 25g

140,00 x 2
- inflit ~~cl.~~ 1g./ 2 → (20)

526,20

PHARMACIE HAY AMAL 4
Dr. SELLAMI MOUNA
Amal 4 Rue 52 N°80 Sidi Bernoussi
Casablanca - Tel: 0522 75 30 10

Dr LEMSEFFER Abdeljalil
52, Boulevard Zerkouni
Casablanca

52, Bd. Zerkouni - Espace Erreda - CASABLANCA - الدار البيضاء - شارع الزرقطونى

الهاتف : 05 22 22 22 80 -Fax : 05 22 22 32 45 - الفاكس :

E-mail : jlemseffer@gmail.com - En cas d'urgence, appeler le : 06 61 13 28 46

71,00

DATE : 03/20/20
PER : 10/2023
PPV : 71.000H

71,00

DATE : 03/20/20
PER : 10/2023
PPV : 71.000H

NOFOLIC® Combi

MYO-INOSITOL, D-CHIRO-INOSITOL
et ACIDE FOLIQUE

N° de lot :

Date de péremption :
PPC : 170,00 Dhs

INOFOLIC® Combi
MYO-INOSITOL, D-CHIRO-INOSITOL
et ACIDE FOLIQUE

N° de lot :

Date de péremption :

PPC : 170,00 Dhs

44,20

Docteur Abdeljalil LEMSEFFER

Gynécologue - Obstétricien

Ancien Chef de Clinique - Assistant
des Hôpitaux de Tours (France)



الدكتور عبد الجليل المسفر

إختصاصي في أمراض النساء والولادة

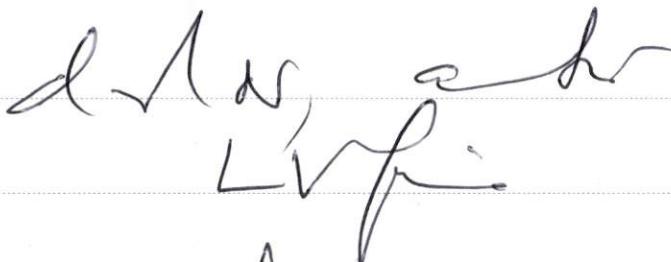
أستاذ مساعد ورئيس عيادة سابقا
بالمراكز الصحية الجامعية بتور (فرنسا)

Nom : Dr. M. Lemseffer

Casablanca, le 9/5/20

Echographie Pelvienne

Utérus : normal



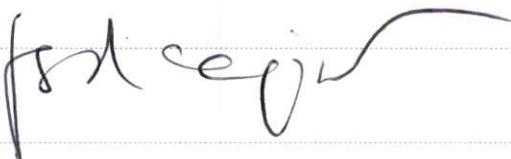
Ovaire Droit : normal



Ovaire Gauche : normal



Douglas : normal



Conclusion :

Dr LEMSEFFER Abdeljalil
52, Boulevard Zerkouni
Casablanca

52, شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - CASABLANCA

الfax : 05 22 22 32 45 - الهاتف : 05 22 22 22 80

E-mail : jlemseffer@gmail.com - En cas d'urgence, appeler le : 06 61 13 28 46

Docteur Abdeljalil LEMSEFFER

Gynécologue - Obstétricien

Ancien Chef de Clinique - Assistant
des Hôpitaux de Tours (France)



الدكتور عبد الجليل المسفر

يختص في أمراض النساء والولادة

أستاذ مساعد ورئيس عيادة سابقا
بالمركز الصحي الجامعي بتور (فرنسا)

Casablanca, le

5365128

Reçu

Nom et prénom :

DAHBI Zineb

Je soussigné avoir reçu la somme de :

400,00 Dhs (quatre cents dirhams)

pour le règlement des frais de l'échographie gynécologique,

= K20 + K10 + 2Z.

Dr LEMSEFFER
Abdeljalil
52, Boulevard Zerkouni
Casablanca

52، شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - CASABLANCA

الفاكس : 05 22 22 32 45 - الهاتف : 05 22 22 22 80 - Fax : 05 22 22 32 45

E-mail : jlemseffer@gmail.com - En cas d'urgence, appeler le : 06 61 13 28 46