

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.



154673

Déclaration de Maladie : N° S19-0001209

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R. A. M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JENNATE Malika Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 5556 8988 Total des frais engagés : 933,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الكتور لعلو امين مكي
Dr. LAHLOU Amine Mekki
30, Bd. Anoual - Casablanca
Tél.: 022 86.11.22

Date de consultation : 16/03/2023

Nom et prénom du malade : M^{me} JENNATE Malika Age: 73

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DT2 + Hypothyroïdisme + hyper TA

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 : CASABLANCA Le : 16/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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
16/03/23	Sur	/	200,-	Dr. LAHLOU Amine Mehdi 30, Bd. Aghual - Casablanca Tél: 022.86.11.22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI N'hamed Pharmacie SAAD 44, Bd. Bouvart Abderrahim Bouabla (Ex. Jerrada) - Oudjda - Casablanca Tél: 05 22 25 84 85 - RPE: 092051283	16.03.23	733,10.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

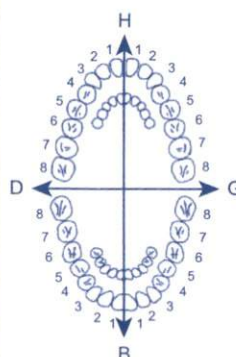
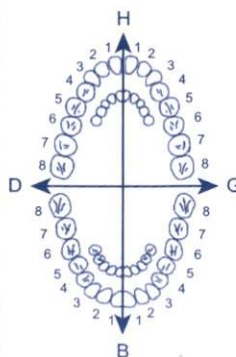
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lahlou A. Mekki

Diplômé de Diabétologie

Diplômé de Diététique et Nutrition

Certificat de médecine micro-nutritionnelle
fonctionnelle

Médecin hypnothérapeute

Médecin Expert Assermeté

Membre du Collège National
des médecins nutritionnistes

Membre fondateur et Président
du collège des hypnothérapeutes du Maroc



الدكتور لحلو أمين مكي

شهادة جامعية في الأمراض السكرية

شهادة جامعية في طب الحمية
وال تغذية

شهادة في علم التغذية الدقيقة الوظيفية

طبيب معالج بالتنويم المغناطيسي

طبيب خبير محلف

عضو في الكلية الوطنية
لأطباء الحمية والتغذية

عضو مؤسس ورئيس كلية المعالين
بالتنويم المغناطيسي في المغرب

Casablanca le 16/03/2023 الدار البيضاء

N^o JENNATE MoliKa.

1/ Glucophage 500

269.00 0 - 1-1 Apr x 3 Ni

2/ Coveram 10/5

1 kg le Note Apr x 01 Ni qui relai par

208.00 3/ Coveram 5/5 1 kg le Note Apr x 2 Ni

2400 x 3 4/ Lero thyrox 100 137,5 log/g x 3 Ni

680 x 1 5/ Lero thyrox 25 1/2 g 1 g x 3 Ni

720 6/ Deteniel 10 1/2 g 1 g x 3 Ni

4960 7/ D. cure forte 1 Aug / Noir x 3 Ni

340 8/ Ni fluril 250 1 gtl x 2 if

الدكتور لحلو أمين مكي
Dr. LAHLOU Amin Mekki
30, Bd. Anoual - Casablanca
Tél.: 022 86 11 22

30 شارع أنوال إقامة نسيم، محطة الطرام 2 مارس - الدار البيضاء : 20360 - الهاتف : 0522 86 11 22

30, Bd. Anoual, Résidence Nassima, Station Tram 2 Mars - Casablanca 20360 - Tél. 0522 86 11 22

N°INP : 091089359 - ICE : 001734920000012 - www.effimince-maroc.com - www.hypnose-emergence.com

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV: 72,00 DH

7862160236

Distribué par Cooper Pharma

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

NIFLURIL 30 gélules

PPV 34DH10 EXP 06/2024
LOT 16069 1

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

269,00

208,00