

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

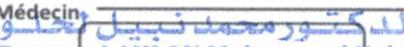
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-781686

AS4903

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12568	Société :	RJM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Lahoussi ESSATÉ			
Date de naissance : 27/04/1987			
Adresse : 1000 Al Andalous Belair 3 Dm 59 RBM Roud RATAT Agt 00			
Tél. :	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin

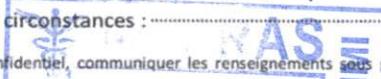
Cachet du médecin : 
Docteur LAHOUSSI Mohammed Nabil
Spécialité en Gynécologie Obstétrique
et Maladies des Seins
1 Rue Saint-Bonaventure Appt. 13 Rés. BELAIR Casablanca

Date de consultation : 14/09/2023

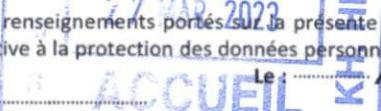
Nom et prénom du malade : Bella Il JLR Age:

Lien de parenté : Lui-même Contjoint Enfant

Nature de la maladie : M.R. syndrome

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 : 14/09/2023
Signature de l'adhérent(e) : 



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
14/12/15	C	01		INP : 991-890751 دكتور لahlou Docteur LAHLOU Mo spécialisé en Gynéco

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie des Cygnes Mme. LAHRICH SAMIA 253, Boulevard de l'Oasis 41-05 22 93 55 17 - Casablanca	14/02/23	127,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

PRECISER LE TITRE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la nature de la maladie 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
		<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">G</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohammed Nabil LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique et Mammaire

Chirurgie Endoscopique

Stérilité du Couple (FIV- ICSI)

Microchirurgie Gynécologique

Ancien Enseignant à la Faculté

de Médecine de Casablanca

Ancien interne de CHU

**Titulaire du Diu des Maladies du Sein
de la Faculté de Strasbourg**



الدكتور محمد نبيل لحلو

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الجراحة النسوية وجراحة الثدي

الجراحة المنظرية

المساعدة على الإنجاب

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب

حاصل على شهادة الإختصاص في

أمراض الثدي من كلية استراسبورغ

Casablanca, le 14.2.2023

V-Bellaaelik J'hane

M.8?

① Sepcen 5-

5

53.00

- 45 + 5

5

② Di - Medo 5-

- 45 au rcp de m'di + 5 -

5 127.80

~~Pharmacie des Oignons
Mme LAIRICH LAMIA
255, Boulevard de l'Oasis
Tel: 05 22 98 85 17 - Casablanca~~

الدكتور محمد نبيل لحلو
Docteur LAHLOU Mohammed Nabil
Spécialité en Gynécologie Obstétrique
et Maladies des Seins
12 Rue Saint Beuve Appt. 13 Rés. BELAIR - Casablanca
Tél: 0661 30 89 01

12, Rue Sainte Beuve - Appt. N° 13, 1^{er} étage - derrière la Clinique Riviera - Casablanca

E-mail : medmad59@hotmail.com - Tél.: 05 22 98 83 22 - GSM : 06 61 30 89 01

ICE : 001628992000023 - IF : 42204344 - INPE : 091089797

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés dispersibles

PPU 53DH00
EXP 05/2024
LOT 210121

Di-INDO® 50 mg ☒
15 comprimés dispersibles



6 118000 033035

74,80
LOT : 0502200
PER : 11/2025
PPV : 74.80 - 0H

ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182