

# 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 copié 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146

Société :

RAM

16747A

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraiter

Nom & Prénom :

ouhmi moha

Date de naissance :

1968

Adresse :

46 Rue Sallam El houda

A Berchid

Tél. : 06.11.89.22.51

Total des frais engagés : 1711,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/06/2023

Saidane TAHJOUBA

Age : 73

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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.

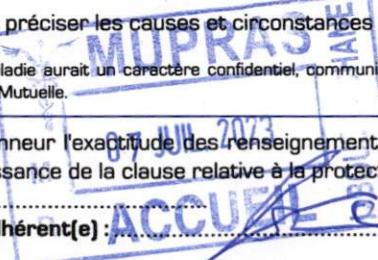
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin Attestant le Paiement des Actes
26/06/2023	CS		30000 DT	Dr. Dr. Halima Zahra Chirurgien Dentiste 38 Bd Bir Anzarane, 3ème Etage, Appartement, casablanca TLEMCANT FATHIMA ZAHRA Résidence 3ème Etage, Appartement, casablanca INSE 38 Bd Bir Anzarane, Residence 3ème Etage, Appartement, casablanca
27/06/23	C			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Berrechid Halima Martakhi Pharmaciennes 93 Med Mohamed Berrechid Tél : 0522324068	26/06/23	111 M. 30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

# Dr. Rhmari Tlemçani Fatima-Zahra

Spécialiste en Endocrinologie - Djabétologie

Nutrition - Maladies Métaboliques et de la Reproduction

Layérate de la faculté de médecine de Casablanca  
et de l'université de Paris

Ancienne interne des hôpitaux de Paris - APHP  
Diplômée en Endocrinologie de la reproduction  
Université Paris Saclay

Diabétologie et pieds diabétique - Obésité - Maigreurs

Nutrition - Colite et maladies de la thyroïde

Maladies de l'hypophyse et de la surrenale

Dyslipidémie - Troubles hormonaux - Fertilité

Anomalies de la croissance et de la puberté

Cytoponction thyroïdienne

Casablanca le :

Nom et Prénom :



د. الغاري التلمساني فاطمة الزهراء

اضمامية في أمراض السكري، التغذية

والتدفية وأمراض الأيض

ذرية كلية الطب بالدار البيضاء، وباريس

طبيبة سابقة في مستشفيات باريس

متخرجة في طب العدد الصعب التناصية

جامعة باريس ساكلان

أمراض السكري - السمنة، التغذية، التفدية

أمراض الغدة الدرقية - أمراض الغدة الكظرية والنخامية

ارتفاع الكالستروول - الإضطرابات الهرمونية

مشاكل النمو والبلوغ

الوزن الخلوي للغدة الدرقية

**27/06/2023**

الدار البيضاء

**Mme mahjouba Saidane**

→ 1 - Janumet 50/1000 mg

1 x 2 / jour Comprimé par jour traitement de 3 mois

- 2 - JARDIANCE 10MG

1 CP par jour

3 - Lantus solostar 100u/ml

10 UI à 22h00 injection par jour

4 - Levothyrox 50µg

1CP et demi MATIN A JEUN

+ 5 - Zyloric 100mg

1 Comprimé, soir, après les repas,

+ 6 - Colchicine opecalcium 1 mg

1 Comprimé x2 par jour pendant 3 jours PUIS 1cp par jour pendant

traitement de 3 mois

INPE : 061307930

📞 05 20 57 63 65 ☎ 06 60 60 16 13 ✉ dr.tlemcani.endocrino@gmail.com

رقم 38 شارع بر آزران، إقامة النور، الطابق الثالث، المكتب 6، المعابير، الدار البيضاء،

38, Boulevard Bir Anzarane, Résidence Ennour, 3ème Etage, Appt. 6, Maarif, Casablanca

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 437,00 DH.

  
6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 437,00 DH.

  
6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 437,00 DH.

  
6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

LOT 223847  
EXP 11 2026  
PPV 46.70 DH

13,40