

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 : 1/31 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : A 841077

Nom & Prénom : H.S.I.S.S.I. Lachcer

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : MANDAROUNA 25 Sidi Maârouf Casablanca

Tél. 06 61 33 04 35 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2023

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection cardiaque

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 : 09/10/2023 Le : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/23	2746,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

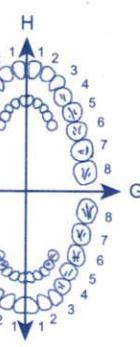
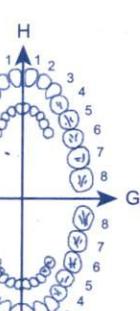
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

Dr. Rhmari Tlemcani Fatima-Zahra
Spécialiste en Endocrinologie – Diabétologie
Nutrition – Maladies Métaboliques et de la Reproduction

Lauréate 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 - Coïtre et maladies de la thyroïde
Maladies de l'hypophyse et de la surrénale
Dyslipidémie - Troubles hormonaux - Fertilité
Anomalies de la croissance et de la puberté
Cytoponction thyroïdienne

Casablanca le : 10/10/13

Nom et Prénom : Dr. HSSIZI NSRINE

د. الفهارى التلمسانى فاطمة الزهراء

اختصاصية في أمراض السكري، الفدد
والتنفسية وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء، باريس
طبيبة سابقة في مستشفيات باريس
متحدرة في طب الفدد الصماء، التنسالية
جامعة باريس ساكلار

أمراض السكري - السمنة، النحافة، التقدية
أمراض الغدة الدرقية - أمراض الغدة الكظرية والنانمية
ارتفاع الكالسيتريول - الإضطرابات المرمونية
مشاكل النمو والبلوغ
الوزن الخلوي للغدة الدرقية

الدار البيضاء :



Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



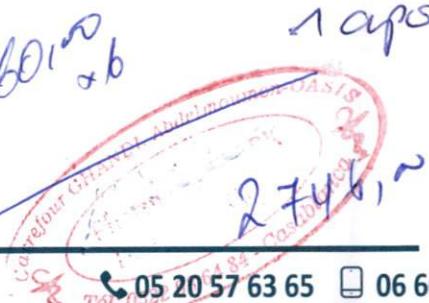
Ma 3.00 - victoza my 82e
x 2.



- FERPLEX 40 mg
1 ampoule x 2 (15 ml)
(2 més)



Dr Rhmari TLEMCANI Fatima-Zahra
Endocrinologue
Adresse : 18, Bd. Bir Anzarane,
Rés Ennour, 3ème Etage, App. 6, Mâarif, Casablanca
INPE
067 9307 930



INPE : 061307930

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

رقم 38 شارع بر أنزار، إقامة النور، الطابق الثالث، المكتب 6، المغاريف، الدار البيضاء
38, Boulevard Bir Anzarane, Résidence Ennour, 3ème Etage, Appt. 6, Mâarif, Casablanca

