

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8148 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL OUAHIDI

REDOUANE

Date de naissance : 07/05/1969

Adresse : RES. ENNEVIL MAARIF

Tél. : 0661 16 25 08

Total des frais engagés : 828,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL OUAHIDI REDOUANE Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type II

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 02/11/23

Le : 02/11/23

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
02/11/2013	CS		300,00 AED INPE	Dr. LEMYANI fatima-zain Endocrinologue sse - 18 Bd Dr. Mazzarane, INPE Stage opt.6 Maarif, casablanca 061 307

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
M'hamed IBNOU KATHIR Docteur en Pharmacie ش.م.د. مهندس ابن کاثر دكتور في الصيدلة	08/11/23	528.100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rhmari-Tlemçani 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 - Maigreur
 Nutrition - Goître 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 : **08/11/2023**

Nom et Prénom :

Mr EL OUAHIDI Redouane

1 - Diaformine 850 mg

1 Comprimé x2 par jour

Traitements de 3 mois

$$18,00 \times 6 = 108,00 \quad (\text{S.V})$$

odessa 5€

528,00

صيدلية ابن خثيم
 Pharmacie IBNOU KATIK
 M'hamed TLEMCANI
 Docteur en Pharmacie



PPV: 18DH00

PPV: 18DH00

PPV: 18DH00
 PER: 08/26
 LOT: M2220

PPV: 18DH00
 PER: 06/26

PPV: 18DH00
 PER: 06/26
 LOT: M2108

PPV: 18DH00
 PER: 06/26
 LOT: M2112

INPE: 061307930

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

رقم 38 شارع برازيران، إقامة النور، الطابق الثالث، المكتب 6 ، المعاريف، الدار البيضاء
 38, Boulevard Bir Anzarane, Résidence Ennour, 3ème Etage, Appt. 6, Maarif, Casablanca

OEDES 20mg

56 gélules

PPV (DH) :

LOT



6 118000 082026

LOT : 220837
PER : 11-2024
PPV : 140,00 DH

OEDES 20mg

56 gélules

PPV (DH) :

LOT



6 118000 082026

LOT : 220837
PER : 11-2024
PPV : 140,00 DH

OEDES 20mg

56 gélules

PPV (DH) :

LOT



6 118000 082026

LOT : 220837
PER : 11-2024
PPV : 140,00 DH