

# 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0037782

ND: 32443

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10585

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KSSIBA ED HABIB

Date de naissance : 12 - 02 - 1963

Adresse : NASSER ALLAH 58 Benachir

Tél. : 0607 45 896

Total des frais engagés : 240,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/07/2020

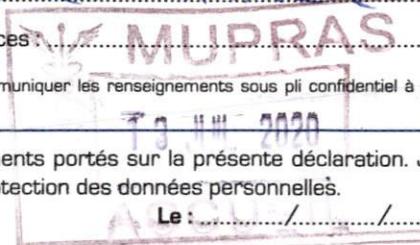
Nom et prénom du malade : Montazig El khiam Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Mastodystylie, Anxiété

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com  
En charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES					
des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
07.2020 CS			150 DH	Signature and stamp of the doctor	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Chet du Pharmacien u du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
arie NASRULLAH Lot nasrullah Berrechid - : 0522 51 67 19	08-07-20	91,82			
ANALYSES - RADIOPHARIES					
Chet et signature du toire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	<b>DENTS TRAITÉES</b> Dents Traitées	<b>NATURE DES SOINS</b> Nature des Soins	<b>COEFFICIENT</b> Coefficient	Coefficient des travaux												
MONTANTS DES SOINS																
DEBUT D'EXECUTION																
FIN D'EXECUTION																
	<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> O.D.F Prothèses Dentaires	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<b>H</b> <table border="1" data-bbox="1438 849 1662 1004"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
		25533412	21433552													
		00000000	00000000													
		D														
		G														
		00000000	00000000													
		35533411	11433553													
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins												
				Date du devis												
		Date de l'exécution														

# Docteur Sarah BELCAIDA

## Médecine Générale

- Diplôme universitaire en échographie
- Diplôme universitaire de Gynécologie suivi de grossesse et infertilité de l'université de bordeaux - France
- Electrocardiogramme
- Visite pour permis de conduire



# الدكتورة سارة بالقيدة

## الطب العام

- دبلوم الفحص بالصدى
- دبلوم أمراض النساء، تتبع الحمل والعنق من جامعة بوردو - فرنسا
- التخطيط الكهربائي للقلب
- فحص رخصة السيارة

## Ordonnance

Berrechid le : 08.07.2020.

Moustapha El kelisra

53,10

- Relaxol 500 mg x 3 br.

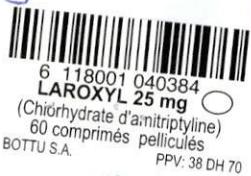
AS

38,70

- lroxyl 25.  
440 mg de soir.

AS

T = 91,8



RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
PER.09/19E005  
P.P.V : 53DH10  
6 118000 060833

Pharmacie NASR ALLAH  
327, Lot nasserallah  
- Berrechid  
Tél: 0522 81 01 00



20. شارع محمد الخامس بجزئه نصر الله قرب مخبزة المدينة (فوق BMCE بنك)  
20, Bd Mohamed V Lotissement Naser Allah (en dessus de BMCE Bank) - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 68 30 الهاتف