

# 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.

## Biologie 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.

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

Éclamation : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

40860

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3094

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAYADI

MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 26 99 97 92

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

UR Asmae EL KADIR  
Spécialisé EN Hépato-Gastro-entérologie  
22 Bd Yacoub El Mansour 10000  
B. Rabat Tel. 05 22 23 33 82

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

21 SEP. 2020

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) :

ACCUEIL

## **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
14/08/2020	U	Gratuite	100	Dr KHAO Hepato-Gastro-Endocrinien Paiement effectué au 22/08/2020

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE FAMILIALE Route de l'Adida KM 11 Cotonou, Bénin	11/01/20	532,95

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

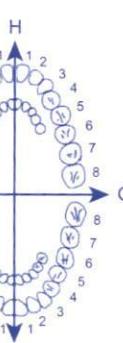
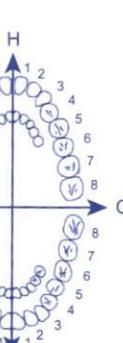
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ORL.

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 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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'E

# Dr Asmae El KHADIR,

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie

Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph-Paris, France

Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France

Echographie et Endoscopie digestives

D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"

D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin"

D.U "Diététique médicale et Nutrition"

D.U "Réanimation Hépatique"



# الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

طبيبة سابقاً بمركز أمراض و جراحة المخجر، مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا

التشخيص بالمنظار الداخلي و الصدري

أمراض و جراحة المخجر

النقدية و الحمية

Casablanca le : 10/08/20

1<sup>me</sup> hanfach RKia

SV

1) APPorex Agel/Ipemelin 03 mois

2) Librax 18g x 2/j 02 mois

3) Kefmegan SV 24/j 15j

4) Kefmegan SV 28/j 15j

5) Tinkium SV 18g x 2/j 15j

SV

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 6, Maarif - CASABLANCA

Tél. : 0522 23 35 82 / GSM : 0667 95 72 24 - Email : docteur.elkhadir@gmail.com

Email : dr.elkhadir@centrepratologie.com - siteweb : www.centrepratologie.com

22، شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور عيادة رقم 6 معارض - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 23 35 82 / المحمول : 0667 95 72 24 - البريد الإلكتروني : docteur.elkhadir@gmail.com

6) Digestine Sippe mctin

532.00



15  
PHARMACIE KALMAGAS  
Rue Hassan II  
Casablanca  
Tunisie

L OT 200295  
EXP 02 2025  
PPV 46.00

46,00

Lot 190868  
A consommer  
avant le: 12/2024

PPC: 79,90 DH



Lot: 200217  
A consommer de préférence avant le: 04/2025

PPC: 79,90 DH

KALMAGAS®