

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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 pour les personnes qui en souffrent depuis plus de 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Maladie

Dentaire

ND: 4914

Optique

Autres

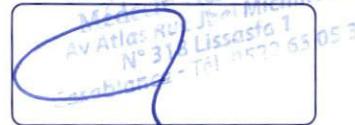
## Déclaration de Maladie

N° P19- 066724

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| Matricule : <u>3073</u>  | Société : <u>RAM</u>                             |                                  |
| <input type="checkbox"/> Actif                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>ES SAKHI BRAHIM</u>                                |  |                                  |
| Date de naissance : <u>1953</u>                                      |  |                                  |
| Adresse : <u>Residence ATTADAMOUR- Rue 71 N°15</u>                   |  |                                  |
| Tél. : <u>0663199981</u> Total des frais engagés : <u>492,60</u> Dhs |  |                                  |

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/11/20

Nom et prénom du malade : ESSAKHI BRAHIM Age : 67

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :

17 NOV. 2020

ESSAKHI BRAHIM

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/11/2006      | Cor               |                       | 15,70                           | Dr Majda S. M. Michalak<br>Médecin Dentiste<br>Av. Atlas Résidence 1<br>N° 318 Lissabon<br>Cardulanca - Tel: 051 65 05 35 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE SARL A.U.<br>S.A.R.L.A.U.<br>140 Lot Smiratda Lissabon<br>Tél/Fax: 05 22 65 20 07 | 17/11/2006 | 342,40 sur            |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

## 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## 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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX                        |
|---------------------------|--|------------------|-------------|--|
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |  |
|                           | H  | 25533412         | 21433552    | MONTANTS DES SOINS                             |
|                           | 00000000   | 00000000         |             |  |
|                           | 35533411   | 00000000         | 11433553    |  |
|                           | D  | B                | G           |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
| D                         | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |  |
|                           |  |                  |             | DATE DU DEVIS                                  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
| B                         | DATE DE L'EXECUTION  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
| G                         | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |
|                           |  |                  |             |  |

Docteur Majda Benboujida

Médecin Généraliste  
Echographie Générale  
Ancienne interne des hôpitaux



الدكتورة ساجدة بن بوجيدة

## الطب العام

## الفحص بالصدى

## طبيبة سابقاً بالمستشفيات

Casablanca, le : 17/11/1880

## الدار البيضاء في :

## ESSAKHI BRAHMA

22/8/17 - Cardenval 5 (2nd)  
x2 - Cardenval 5 (2nd)  
3+13m - Lewthy (3rd)  
32m - Lewthy (3rd)  
323m - Lewthy (3rd)  
323m - Dipe matic (3rd)  
324m - 1 gm x 2 (3rd)  
  
~~SHARJAH SCAFFS SARANAZ  
140 Lot Sharjah  
S. A. R. A. 14-0  
Ref. No. 0522650001  
Tel/Fax: 0522650001~~  
  
*Dr. Maria B. N. 300  
Médical - Anestesiolog  
Al-Atlas Rm. 101  
N° 318 Lissasta  
Casablanca  
Tél: 0522 360925*

شارع الأطلس، زنقة جبل ميشلين رقم 318 - ليساسفة 1 ( أمام سوق القصب ) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 65 05 35  
Avenue Atlas, Rue Jabal Michlifen, N°318 - Casablanca - Tél : 05 22 65 05 35



7862160239



7862160239



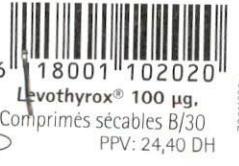
7862160336



7862160336

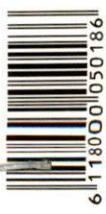


7862160342



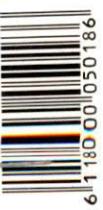
7862160342

Diprospan®  
pommade



LOT: 617  
PER: JAN 2023  
PPV: 37 DH 60

Diprospan®  
pommade



LOT: 617  
PER: JAN 2023  
PPV: 37 DH 60

Diprospan®  
pommade



LOT: 565  
PER: JAN 2022  
PPV: 37 DH 60