

RECOMMANDATIONS ~~LES 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.

adiologie 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 par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *AD 295*

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAOUA BOUAZZA

Date de naissance :

01/01/1958

Adresse :

*Bloc 14, n° 07 Hay d'Amma
Hay Mohammadi Casablanca*

Tél. : *05 22 29 47 85*

Total des frais engagés : *314,10* Dhs

Cadre réservé au Médecin *DR. Rachid SAIR*

MEDECIN
73, Av. Colonel Allal Allam 1er étage
(en dessus BMCE) Bourmazel - Casablanca
Tél : 05 22 72 42 42

Cachet du médecin :

Date de consultation : *24/11/2020*

Nom et prénom du malade : *CHAOUA SAI* Age : *53*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Dysplasie de la tête*

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 : *Casablanca*

Le : */ /*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-051132

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : *AD 295*

Nom de l'adhérent(e) : *CHAOUA*

Total des frais engagés : *314,10*

Date de dépôt :

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
20/07/2014 22/07/2014	Acte de naissance	2 + 6cc	2000	<p style="text-align: center;"><i>Dr. Rachid SAIR</i> <i>MÉDECIN</i></p> <p>73 Av. Colonel Akid Allam 1er étage (en dessus BMCE) Bournazel - Casablanca Tél : 05 22 72 42 42</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/04/2020	714.-12

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVEZ LE DÉFI DES PONOBIARES

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																															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></td><td>G</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B			
H		G																														
25533412	21433552																															
00000000	00000000																															
D		G																														
00000000	00000000																															
35533411	11433553																															
B																																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																															
				MONTANTS DES SOINS																												
				DATE DU DEVIS																												
				DATE DE L'EXECUTION																												

VISA ET CACHET DU BRÉFATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Rachid SAIR

OMNIPRATICIEN

- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie - ECG



الدكتور رشيد ساير
الطب العام

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونبلي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- ارتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب و الشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي

casablanca le :

20 رجب 2020

الدار البيضاء في:



رسومات بـ الدي

$$4200 \text{ دينار} \quad 16 \quad 541 = 541 \quad 1 - 1 - 0$$

$$28.00 \text{ دينار} \quad 16 - 8 = 8 \quad 1 - 1 - 0 \quad 3 \rightarrow$$

$$+ 3 \quad 68.90 \text{ دينار} \quad 16 - 8 = 8 \quad 1 - 1 - 0 \quad 3 \rightarrow$$

$$150.40 \text{ دينار} \quad 16 - 8 = 8 \quad 1 - 1 - 0 \quad 3 \rightarrow$$

$$21.00 \text{ دينار} \quad 16 - 8 = 8 \quad 1 - 1 - 0 \quad 3 \rightarrow$$

----- 7141

05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42 (فوق بنك BMCE) بورنازيل - البيضاء - الهاتف :
73, Av.Colonel Akid Allam 1 étage (En dessus BMCE) - Bournazel - casablanca - tel: 05 40 13 12 91 / 05 22 72 42 42
(en dessus BMCE) tel: 05 22 72 42 42

Dr. Rachid SAIR

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00



6 118001 121373
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

LOT 200167
EXP 02/2023
PPV 28.00DH

68,90

68,90

68,90

150,40

UT:19154 PER:11/2022
PPU: 21,00 DH

الدكتور رشيد ساير

الطب العام



Dr.Rachid SAIR

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire de Diabetologie

université de Montpellier France

Diplôme en soins avancés en cardiologie

université de montréal-Canada

Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)

Echographie - ECG

دبلوم جامعي في أمراض السكري
جامعة مونبولي - فرنسا

دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
جامعة مونتريال - كندا

ارتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب و الشرايين
طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي

الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

Nom : رشيد

Prénom: رشيد

Date : 20 AVR 2020

ELECTROCARDIOGRAMME

Elouafi Sade

20-Avr-2020 14:11:51

D-naiiss:
57ans, FEM.

Fréq.Card: 68 BPM
Int PR: 153 ms
Dur.QRS: 82 ms
QT/QTc: 388/405 ms
Axes P-R-T: 60 67 29

RYTHME SINUSAL
SOUS DECALAGE DE ST LIMITÉ
ECG SUBNORMAL
Non confirmé

TDz 13/20

Ec. C3Lz

