

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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.

Nº P19- 065170

Optique

ND: 88915

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

14672

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DUASSINII Abdelaali

Date de naissance :

01-01-1948

Adresse :

Ville Ratma

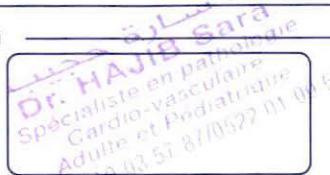
Tél. :

06 96 64 78 73

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... /

Nom et prénom du malade :

Naim Jarami Age: Etameo

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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 : 27/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Hajib Sara

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-065170

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

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
27/03/20	CG.			<i>Dr. HASI Spécialiste en Parodontologie Adulto et Paediatrico Tél.: 0610 03 51 90</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE N°17 Méninge 2522590793 Tél: 03 80 52 22 22</i>	27-03-20	479,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## VOLET ADHERENT

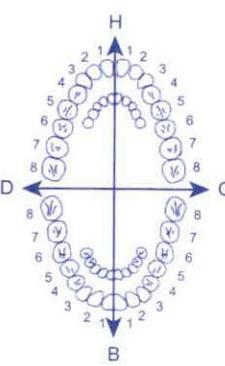
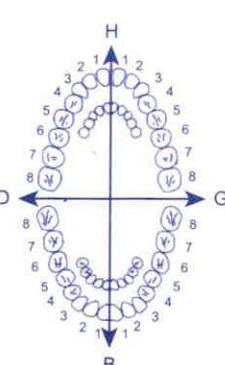
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 de l'

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	B 11433553
				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'EXECUTION

**Docteur Sara HAJIB**  
**SPECIALISTE EN PATHOLOGIE**  
**CARDIO-VASCULAIRE.**

Diplômée d'Echocardiographie de l'Université Bordeaux Segalen  
Diplômée en Echodoppler vasculaire de l'Université Hassan II de Casablanca  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris et du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Cardiologie Adulte et Pédiatrique - Hypertension Artérielle  
Echographie Doppler Cardiaque - Echocardiographie de Stress  
Doppler Vasculaire Artériel et Veineux  
Holter ECG et Tensionnel - Epreuve D'effort

SARACAB



**الدكتورة سارة حجيب**  
**أخصائية في أمراض القلب والشرايين**

دبلوم في فحص أمراض القلب والشرايين بجامعة بوردو بفرنسا  
دبلوم في فحص الشرايين والأوعية بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس بفرنسا  
وبمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض القلب والشرايين للكبار والأطفال  
ارتفاع الضغط الدموي  
الفحص بالصدى - الهولطير - الفحص بالجهد

Casablanca, le : .....27/03/2020..... الدار البيضاء، في :

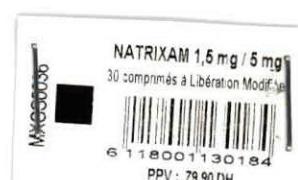
Mme JAOUANI naima

79,90 x 3 = 239,70  
1 - NATRIXAM 1.5/5mg  
1-0-0 (3boites)   
52,80 2 - OEDES 20 mg   
0-0-1  
23,50 3 - MIGRALGINE   
1-1-1  
165,00 4 - On call extra  
  
X 2479,00



LOT 170486  
EXP 05/2020  
PPV 52.80DH

PPV: 21DH50  
PER: 05/21  
LOT: I1161  
21,50



PHARMACIE ZAYD  
Nouasseur 1 Bloc 6  
R°17 - Dar Nouazza  
Tél: 05 22 89 03 09

د. سارة حجيب  
Dr. HAJIB Sara  
Spécialiste en pathologie  
Cardio-Vasculaire  
Adulte & Pédiatrique  
Tél.: 0610 03 57 87/0322 01 00 60