

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| Matricule : <u>4744</u> | Société : <u>RAN (64971)</u> | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>BENYAHIA ABOELAZIZ</u> | | |
| Date de naissance : <u>01.07.48</u> | | |
| Adresse : <u>160 Bd ANFA CASABLANCA</u> | | |
| Tél. : <u>0669583936</u> | Total des frais engagés : <u>587,50</u> - Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZAID SEMA
DENTALOLOGY GROUP
Angle des Rues Mohamed Fakir et Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000
Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18
e-mail : pec@mupras.com
Site : www.mupras.com
Fax : 05 22 20 45 45 - GPO : 05 22 22 78 18
Art. Elégie App. N° 2 (Niveau 2) - 6ème étage
Mutuelle Séyahi Inayat Allal Ben Abdellah - Casablanca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HANANE LAALEJ Age : 61

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Myore Impression Impression Impression

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

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.

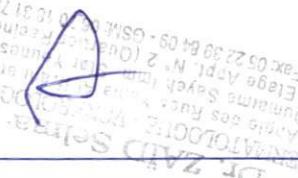
Fait à : CAEN

Le : 26/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/02/21 | 12 | 12 (300 MK) | |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 13/02/21 | 199,00 |
| | 24.03.21 | 88,50 |

ANALYSES RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

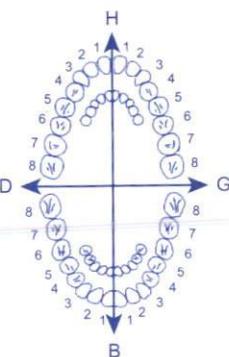
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de

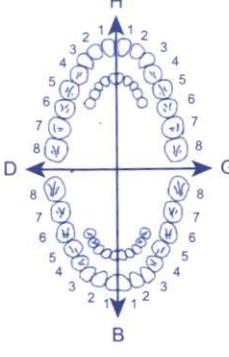
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille
Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,
Sexuellement transmissibles.
Chirurgie des Cancers cutanés
Comblement des rides - Botox
Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد

خريجة جامعة بروكسيل للطب مقسمة سابقة بمستشفيات باريس وليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر
و الحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس
سرطان الجلد، الجراحة التجميلية
الازير وزرع الشعر
تحاليل حساسية الجلد

Casablanca, le

١٣/٢/٢٠٢٤

hawane Ladje:

199,00 Tegume 265

64

(see reg
regd).

(284p)

en 2 mois)

| | |
|---------------|-----------------|
| PPV (DH): | LOT N°: |
| PPV : 199,00H | UT AV : 06/2023 |
| PPV : 199,00H | LOT : 200917 |

DR. ZAID SELIMI

EMATOLOGIE VENEREOL

Angèle des Rues Yann Al Haidar

Qumâma Sayen Irm Sîrâj Ounis

Elie Elgaz 09/2023

MSM 06/2023

31/12/2023

PHARMACIE LES IRISSES SA
164 Bd d'Anjou Angle R
Molière-Dauphine 356
Taxe Prof. 250
P. C. 250

Résidence Star younès, 1^{er} étage, Appt. N°2, Angle Rue Ibn Khaldoun et Rue Oumaima Sayah
(à côté du resto Toscana) - Q. Racine - Casablanca - Tél.: 05 22 39 84 09 / 05 22 39 41 41
E-mail : dr.selmazaaid@gmail.com

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,

Sexuellement transmissibles

Chirurgie des Cancers cutanés

Comblement des rides - Botox

Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد
طبيبة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب

مقسمة سابقة بمستشفيات باريز وليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

والحساسية والأمراض المتقلقة عبر الجنس

سرطان الجلد، الجراحة التجميلية

الايزير وزرع الشعر

تحاليل حساسية الجلد

Dr. SELMA ZAID
Aziza LELLOU
Pharmacie KHEOPS SARL
9, Rue Ibnou Yassine
Tél: 0522 94 97 22
Casablanca, Maroc

Casablanca, le

24/3/2021

1^{er} flj:

22,00

①

Permanence de pharmacie
à deliver 1/2 cp / 48 l day.

34,00

mettre les comprimés
dans la poche

LOT: 651
PER: NOV 2023
PPV: 32 DH 50

mettre au matin et
(5-10 mn) matin et

• 2x1

32,50

Dès le sort pour une

88,50

apres repas . 90
. 90

Dr. ZAID
DERMATOLOGUE
Angélique
Gumma Sayah
Tél: 0522 94 97 22
Fax: 0522 94 97 23
Mobile: 0522 94 97 24