

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 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 *S. SADIF*

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2605*

Société :

N° W21-666100

101412

Optique

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *SADIF Saïda*

Date de naissance :

29-05-1956

Adresse :

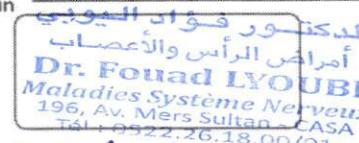
Tél. : *0661156142*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/11/2021

Nom et prénom du malade :

SADIF SAÏDA Age : *66 ans*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALPSY (TR. Humeur attele par paix)

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 : *25/11/2021*

Signature de l'adhérent(e) :

SAID S

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
25/11/21	copy	1	100,00	INP : 201935514 Dr. Fouad LYOUBI Maladiers-Sainte-Nertheux 196, AV. Moussem Sulten - CASA Tél : 0522 26.18.00/01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/21	287,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

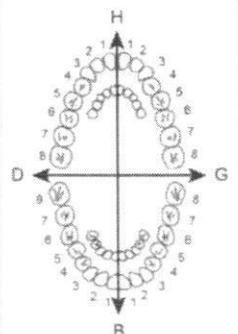
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

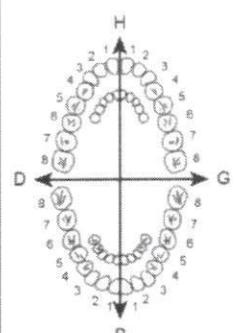
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouad LYOUBI

Spécialiste Diplômé de la
Faculté de Médecine de Marseille - France

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX
C.E.S. Psychiatre Adultes & Enfants

C.E.S. Médecine Légale et Expertises Médicales
Diplômé en Electro-encéphalographie Clinique



الدكتور فؤاد اليوبي

طبيب إختصاصي حائز على دبلوم أمراض
الرأس والأعصاب من كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

طبيب نفساني وشرعي

فحص الدماغ بالتحفيظ الإلكتروني

RDV / SMS : 06 20 24 60 27

SADIF Saida

Casablanca, le : 25.11.21

**Boire 1.5 litres eau dans la journée et arrêter après 21 h
/ ESSAYER DE REPRENDRE SPORT ET ACTIVITE PHYSIQUE**

Dormir 7-8 h / nuit EN CONTINU (sinon prendre médicament)

TA 12.6 FC 57 bpm OXYGEN 99 %

126,00x2
1/ Cilentra 10 mg cp / 28 N° 2
1cp au coucher x 20 j

Date : 25/11/2021
N° Ordonnance : 90 يوما
وصفة لمدة 90 يوما
Pharmacie Nouaceur Parc
Dr Kaoutar Haidar

35,70
Ensuite : 1 cp au coucher UN SOIR SUR DEUX x 60 j
2/ Alpraz 0.5 mg cp N° 1
½ cp au coucher X 20 j
Ensuite : ¼ cp au coucher x 60 j
25,70
En cas de crise ou insomnie prendre :
½ cp Alpraz 0.5 mg

Date : 25/11/2021
N° Ordonnancier :
Pharmacie Nouaceur Parc
Dr Kaoutar Haidar
Fouad Lyoubi
196 Av. Mers Sultan - CASA
Tél : 0522.26.18.00/01

الموعد المقبل يوم 21.11.2021 الساعة 11.00 و... د. ان شاء الله

نouaceur - Parc
Tél : 05 22 26 18 00
Pharmacie
Dr Kaoutar Haidar
Fouad Lyoubi
196 Av. Mers Sultan - CASA
Tél : 0522.26.18.00/01

196, شارع مرس السلطان - إقامة الخنساء - الدار البيضاء - الهاتف: 01 / 00 18 22 52 05

196, Av. Mers Sultan - Résidence Khansaa - Casablanca - Tél.: 05 22 26 18 00 / 01