

## 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

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

152407

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

7284

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MENBRAHIM

Elchamed

Date de naissance :

16/01/1965

Adresse :

Tél. : 0661512260

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Bénbrahim F-Z

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture tibia +

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 : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

DA

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
27/12/2022 CS			100000	INP : 12911786932

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Cachet de la Pharmacie - Montant de l'ordre (E) BD SIDI KHADE Hery Hassani Mme BENJEDDOU Amina Casablanca - Tel: 050.32.49
PHARMACIE BENJEDDOU AMINA Tél: 022.98.02.49 CACHET DU PHARMACIEN DU FOURNISSEUR	301,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H  25533412 00000000 D 35533411	G  21433552 00000000 00000000 11433553	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Creation, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Sara MJAHED NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



الدكتورة سارة امجايد نجید

الأمراض الجلدية والتتناسلية

- طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض المنقلة جنسيا
- طب التجميل

26/12/2022.

1)

Benzoyl

F-2

Lefotekim Sache

21

(SV)

1 Sachet x 3 semaine  
en deux doses par jour  
la min une viree

(SV)

8420

0

8730

4900

3

30780

R.Q.J.A.A  
(A) et (E)

PHARMACE RJAJA  
Ange  
Sidi Li  
Tél:

Desmopha st

Sapp le soir du b.

les jous jusqu'aux

pattes

Hycoderm sache

sapp le matin

(SV)

(SV)

(SV)

(SV)

العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
Adressa: 18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Oufia Casablanca ( 2<sup>ème</sup> Etage au dessus du labo logis )  
Tél: 05 22 91 08 97 - Gsm: 06 80 61 83 60  
E-mail: dr.sara.mjahed@gmail.com

العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
Adressa: 18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Oufia Casablanca ( 2<sup>ème</sup> Etage au dessus du labo logis )  
Tél: 05 22 91 08 97 - Gsm: 06 80 61 83 60  
E-mail: dr.sara.mjahed@gmail.com

العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
Adressa: 18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Oufia Casablanca ( 2<sup>ème</sup> Etage au dessus du labo logis )  
Tél: 05 22 91 08 97 - Gsm: 06 80 61 83 60  
E-mail: dr.sara.mjahed@gmail.com

العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
العنوان: 18 H. الحي الحسني الائفة الدار البيضاء ( الطابق 2 فوق مختبر التحليلات )  
Adressa: 18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Oufia Casablanca ( 2<sup>ème</sup> Etage au dessus du labo logis )  
Tél: 05 22 91 08 97 - Gsm: 06 80 61 83 60  
E-mail: dr.sara.mjahed@gmail.com

→ Visage

1)

New skin gel purifiant  
Pour nettoyer visage

2)

Centaviea crème anti-  
âge  
S'applique le soir  
sur les lésions du visage.

3)

Cicaplaste Baume SE : St.  
S'applique le soir  
sur tout le visage.

NE PAS AVALER

التركيب:  
سرتاكنazole تترات ..... 2 غ  
سواغات لأجل ..... 100 غ

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال  
لا يترك في متناول الأطفال  
يحفظ به في حرارة لا تتعدي 25 درجة

# Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



87,30



NE PAS AVALER

التركيب:  
سرتاكنazole تترات ..... 2 غ  
سواغات لأجل ..... 100 غ

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال  
لا يترك في متناول الأطفال  
يحفظ به في حرارة لا تتعدي 25 درجة

# Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermique

Tube de 30 g



87.30

