

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

M22- 0039080

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8095

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAYARH RACHID

Date de naissance :

14/08/1962

Adresse :

Lot 10721 Rue Hassan II Hay El Haouz
CASABLANCA

Tél. :

066.10.83525

Total des frais engagés :

581,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

SAYARH Med Sayarh

Age: 16

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie :
hypertension versicolor

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

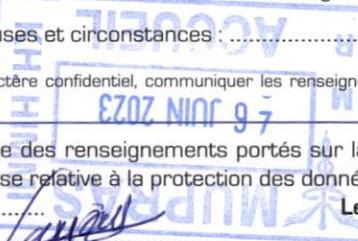
Le : 12/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



2

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



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
12/6/2023	Ca (3000m)			

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme Bertrand	12/6/93	214, Bd. Berthier 75117 PARIS Mme Bertrand 161:0522360164
		81.30 D

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

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

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

LOT: 21D045
EXP: 11/23
PPV: 22DH40

LOT: 21D045
EXP: 11/23
PPV: 39DH50

86,70



281,30

الدكتورة سلمى زايد
طبيبة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب
مقيدة سابقاً بمستشفيات باريز وليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

والحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس

سرطان الجلد، الجراحة التجميلية

الاizer وزرع الشعر

تحاليل حساسية الجلد

Casablanca, le

12/6/2023

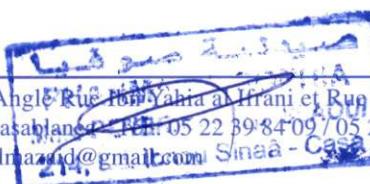
Sayah, نهاد درويش

① Bétabrine 1% 50 ml
2x1 semaine cheveux et
torse

② Suprimac 1% 50 ml
1x1 par jour (3 semaines = 3 cp)

③ DERMOFIL 1% 50 ml
2x1 fois par jour (50ml)

DR Selma ZAID
Dermatologue - Venerologue
Angle Rue Ibn Yahia AL IFRAN
et oumaima Sayeh Imm Star
Younes 1er étage Appt N°2 (quartier Racine)



Résidence Star younès, 1^{er} étage, Appt. N°2, Angle Rue Ibn Yahia al Ifrani et Rue Oumaima Sayah
(à côté du resto Toscana) - Q. Racine - Casablanca - Tel: 05 22 39 84 09 / 05 22 39 41 41

E-mail : drselmazaid@gmail.com Sina - Casablanca