

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

13291

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4817

Actif

Pensionné(e)

Société : RAM

Autre :

MUPRAS  
RECEPTION

Nom & Prénom : KAHAL LAHIA HAMZA MUSTAFA

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : 42 PASSAGE 13 HAY TISSIR Z.BERRIZCHIO

Tél. : 0633 79 38 55 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nourdine MALLOUK  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif du Foie et de l'Anus  
0523 37 44 10 GSM 060 182 702

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KAHAL LAHIA MUSTAFA

Age : 1354

Lien de parenté :

Lui-même  19 DEC. 2010  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : DERAOUA

Le : 17/12/2019

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
12/11/13	CS		G	Dr. Nourdiné MALLOUA Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif du Foie et de l'Anus Fix 0523.32.14.19 - GSM 0661.182.702

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SCHEHERAZAD , Boulevard Zerktouni 5ème Etage 20140 Casablanca Réfente : 34206518 - I.F. : 41807041 CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087	13/11/99	P 550	6001DH

## 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
			Coefficient des travaux														
			Montants des soins														
			Début d'exécution														
			Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	35533411	00000000	35533411		11433553	B		G	Coefficient des travaux
H	D	G															
25533412	00000000	21433552															
00000000	35533411	00000000															
35533411		11433553															
B		G															
			Montants des soins														
			Date du devis														
			Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



مختبر شهزاد

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, شارع الزرقطوني الطابق 5 - الدار البيضا - 01 - Casablanca - Tél. : 05 22.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI

C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON

Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

**DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE**

159CEWZ  
10

Dr. MALLOUK NOURDINE  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Avenue Abderrahmane Serghini  
Boulevard Zerktouni 5ème étage  
Bab Rami Rawiyya Apt 10 Mohammedia  
INPE 0010 9805

Date du prélèvement : 02/11/19

Référence N° : .....

Médecin prescripteur : .....

N° Tél : .....

Nom du patient : KAHA LLAHIA .....

Prénom : Mysra .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° Tél : .....

Type de Prélèvement : Cytologie  Biopsie  Curetage  Pièce Opératoire  Extemporané

Siège, organe ou tissu : .....

Examens antérieurs : .....

Renseignements cliniques & paracliniques : .....

FISSURE *en* mal

Frottis de dépistage : Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre

- Date des dernières règles : .....

- Parité : .....

- Traitement hormonal : .....

- Test au Lugol : .....

Dr. MALLOUK NOURDINE  
Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif  
Avenue Abderrahmane Serghini  
Bab Rami Rawiyya Apt 10 Mohammedia  
INPE 0010 9805

Signature & Cachet

LABORATOIRE SCHEHERAZAD  
4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage  
2010 - Casablanca  
Patente : 34206518 I.P. : 41807041  
CNSS : 2294015 - ICF : 001502419000087



**LABORATOIRE SCHEHERAZAD**  
4, Bd Zerkouni - Casablanca 01  
Tél. : 022.22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 13/11/2019

**Facture N° 328051**

**N° D'ANA-PATH** 1S9C2W7

**NOM PRENOM** KAHALLAHIA MUSTAPHA

**ADRESSE PAR :**

**ORGANE** ANUS.

**COTATION B** 550

**COTATION K:**

**TOTAL DH :** 600

**LABORATOIRE SCHEHERAZAD**  
4, Boulevard Zerkouni 5ème Etage

Patente : 34206518 - I.F. : 41807041  
CNSS : 2294015 - I.C.E. : 007002419000087  
**Cachet et signature :**

X