

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 |
|-----------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/05/2009 | Acte de Généraliste | 150 D14 | | Dr. A. Dubois, Généraliste, 05.32.50.09 Signature : Dr. A. Dubois, Généraliste, 05.32.50.09 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|---|
|  | 06/05/19 | 338,52 IBIS, Rue Mansour Dahbi NEKES - Tel. 06.6.11.61.49 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Chet et signature du Médecin et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|--|------|--------------------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Nom 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|----------------|--|--|-----------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | H 25533412 00000000 D G 21433552 00000000 G | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Europe Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0019360

Maladie

Dentaire

Optique

Aut

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3029

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0623358590

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/05/2019

Nom et prénom du malade : ESSAFI KHALIL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lumbago

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

18/05/2019

Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Meryem ARZAZ

MEDECINE GENERALE - ECHOGRAPHIE

Lauréat de la Faculté de Médecine et de pharmacie
et C.H.U. IBN SINA de Rabat

Diplôme Universitaire
de Diabétologie Montpellier

Certificats Médicaux du Permis de Conduire



الدكتورة مريم أرزاز

الطب العام - الإيكوغرافيا

خريجة كلية الطب والصيدلة والمركز الاستشفائي
الجامعي ابن سينا بالرباط

دبلوم جامعي في السكري
مونبلطيه فرنسا

الشواهد الطبية من أجل رخصة السياقة

Meknès, le مكناس، في

07 MAI 2019

7-3-2019
fda.
k320

13h55 A ccoisse 120



232(10)
051052
20h.01-
238.51
0.1
Alem 5.220
0.0
2-120



Dr. Meryem ARZAZ
Diplôme Universitaire de Diabétologie
Institut Universitaire de Montpellier
Meknès - Tel : 05 35 50 09

165, RUE SAHRAOUI
MEKNÈS - Tel : 06 61 61 49
Dr. Meryem ARZAZ
Diplôme Universitaire de Diabétologie
Institut Universitaire de Montpellier
Meknès - Tel : 05 35 50 09

عمارة 263 الشقة 1 الطابق الأول التوسيع 3 البساتين - مكناس
Imm. 263 ALEM III Appt.1,1^{er} étage El Bassatine - Meknès

Tél : 05 35 50 09 19