

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

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.

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 de l'ophtalmologue doit être jointe au remboursement.

La facture de l'orthodontiste doit être jointe au remboursement.

La feuille de soins est renouvelée tous les 6



Déclaration de Maladie

Nº P19- 052281

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4915

Société : 17338

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : KADI RI Yousra

Date de naissance : 08.09.1946

Adresse : Rue Yabber bni Hafane -Impasse Palmer

CPA

Tél. : 0668773387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/10/2020

Nom et prénom du malade : Kadi Ri Yousra Age: 76 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthralgie

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 :

Signature de l'adhérent[e] :

Le : / /

MUPRAS

16 NOV. 2020

ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/10/20 | CS | | G |  |
| 19/10/20 | Pharmacie | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Pharmacie des GENERATIONS | Montant de la Facture |
|---|---|-----------------------|
|  | Abdelmajid BALLOUK | Montant de la Facture |
| | 1, Rue Jaber Ibn Hayane en Face de la caserne de la gendarmerie Sidi Belhout Bd d'Ala Casablanca | Abdelmajid BALLOUK |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

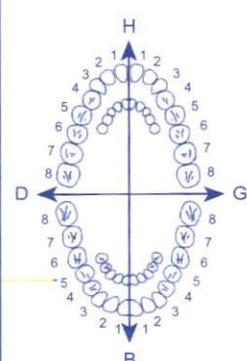
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|---|----------------------------------|-------------|--|
|  | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS |
| | H | 25533412 00000000 35533411 | D | 21433552 00000000 00000000 11433553 |
| | G | | | |

Cabinet de Médecine Interne

Dr. Sanaa EL HERRAR

Spécialiste en Médecine Interne

Maladies Rhumatismales

Maladies des os et des articulations

Gériatrie , Check-up médical



Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée de la Faculté de Médecine

Pierre et Marie Curie (Paris)

الدكتورة سناه الحرار

أخصائية في الطب الباطني

أمراض الروماتيزم، العظام و المفاصل

طب المسنين و أمراض الشيخوخة

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

مجازة من كلية الطب بباريس

Ordonnance

39.8

Casablanca, le 19/10/2020
Mme. KADIRI Yamina

1/ LAROXYL GOUTTES

3 gouttes/j le soir pdt 1 mois

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV:39DH80
PER:06/23
LOT: J1839

7.5

7.5

7.5

EXP: 05/2023
LOT: 20E06
PPV: 49,60 DH

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

40, Rue des Hôpitaux, Immeuble les Roseaux,
étage 3 n° 12, (En face du Centre de diagnostic
Ibn Rochd, Pavillon 28), Casablanca



05 22 49 11 86

06 48 95 93 48

Dr.elherrar@gmail.com

40، رقم المستشفيات

(مقابل مركز التشخيص ابن رشد، حجاج 28)

الطابق 3 الشقة 12، الدار البيضاء