

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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-709536

147160

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BERBER

MOHAMMED

Date de naissance : 09/10/69

Adresse : NOUACEUR

Tél. : 066 892 351

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2022

Nom et prénom du malade : Melle BERBER MERYEM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection isoprotone

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[Stamp: DR. HIND JABRI, Pneumo-Allergologue, 404, Rés. Safia Appt 15, 20000 Casablanca, Tél : 05 22 21 45 46, NPE : 091235101]

[Stamp: MUPRAS, 3 JAN. 2023, CUEIL]

RELEVÉ 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
26/12/22	3		300011	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/22	398,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

Dr. Hind JANAH

Pneumo-ptisiologie - Allergologie
pour Adultes et Enfants



Maladies respiratoires - Asthme et allergies
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés

ctionnelles Respiratoires

LOT 213157

EXP 11 23

PPV 170.00 DH

European Respiratory Society

les Vasculaires Pulmonaires Chroniques

rsité Paris

EBUS RADIAL. Heidelberg

PPV:20DH00

PER:11/25

LOT:13877

الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للبار والصفار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السيل - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية للأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض ارتفاع ضغط الشريان الرئوي
جامعة ساكلاي باريس

Heidelberg - EBUS RADIAL - EBUS TBNA : المنظار التدخلي

26/12/2022

Casablanca, le

Mlle BERBER Meryem

170,00
CEFICO 200 MG

x2/j, pendant 7 jours

20,00
DOLIGRIPP

x3/j

28,00
STODAL SIROP

x3/j

14,00
DOLIPRANE 1 G

chaque 4h

26,50
VIT C 1000 EFF

x2/j, pendant 10 jours

140,00
SAFLU SPRAY 125 MG

02 bouff x2/j, pendant 3 mois

03/2027

BOTTU SA
PPV: 28 DH 00

VITAMINE C 1g

Boite de 20 comprimés effervescents

P.P.V.: 26,50 DH



PPV: 14DH00

PER: 10/25

LOT: 1354

LOT: GB20543
PER: 02/2024
PPV: 140 DH 00

PHARMACIE MAJORELLE
Coopérative Sofaca I, N° 14
Ouled Taleb, Casablanca
Casablanca - Tél.: 05 22 21 45 46
INPE: 091235101

Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologie
404, Rés. Safaa App/15, Bd Al Qods
Ain Chok - Casablanca
Tél.: 05 22 21 45 46
INPE: 091235101