

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-709536

147160

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERBER MOHAMMED

Date de naissance : 09/10/69

Adresse : NOUACEUR

Tél. : 066 812 2351

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR HIND JAI
Pneumo-Allergologue
404, Rés. Saffada Appart., Bd Abdellah
Air Chock Casablanca
Tel : 05 22 21 45 46
INPE : 091235101

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2021

Nom et prénom du malade : Melle BERBER MERYEM

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : / /

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
26.11.11.11.11.11	3		3000 DT	<p style="text-align: right;">  Dr. H. J. A. S. Pneumo-Alergodique 404, Rés. Safaa Apt 15, Bd A. Zods Ain Chock - Casablanca Tél. : 05 22 21 45 46 INDF. n°91235101 </p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE DAURELLE CPTT. CIV. S. BAC. I. N° 14 CPTT. A. Taleb. Coliforine CPTT. T. 2022	26/12/22	398,50

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

أمراض السل - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض ارتفاع ضغط الشريان الرئوي

جامعة ساكلاري باريس
المختار التدبيسي : Heidelberg - EBUS RADIAL - EBUS TBNA

26/12/2022

Casablanca, le

Mme 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

14,00

SAFLU SPRAY 125 MG

02 bouff x2/j , pendant 3 mois

398,50

INPE : 091235146
Tél : 05 22 21 45 46
Ain Chok - Casablanca
Pneumo - Allergologue
Dr. Hind JANAH

PHARMACIE MAJORELLE
Casablanca Sofica 1, N° 14
Ouled Taleb, Casablanca
Casablanca - Tel. : 05 22 21 45 46

PPV: 14DH00

PER: 10/25

LOT: T-35-A

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

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

