

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.



Declaration de Maladie

N° W19-413368

148137

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11.108</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>S. NAZIHA NAZIH BOUAFIA</u>			
Date de naissance : <u>28/06/1976</u>			
Adresse : <u>330, Q1 de SAR RAHMA - Casablanca</u>			
Tél. : <u>52.61.20.71.63</u>	Total des frais engagés :		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. NAZIHA NAZIH <i>Pneumo Allergologue</i> <i>Enfants - Adults</i> 8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16		
Date de consultation :	<u>20 NOV 2022</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>Bouafia Riadh</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :	<u>rhinite</u>		
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'adhérent conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : CASABLANCA le 12 NOV 2022

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 NOV. 2012	OB	350		INP 11/12/2012 02-02-14 03576

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENIR Mme D'AOUDI 08, Bd Med El Meknassi Bourguigre Casablanca - Tél. 05 22 27 22 38	21/11/22	832, 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RENT

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 d

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 ROTHESSES DENTAIRES				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"/>						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> </tbody> </table>					H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D	B
H	G									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553									
D	B									
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. NAZIHA NAZIH CHAJADINE

Diplômée des universités de Paris

- Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire ADULTES et ENFANTS.
- ALLERGOLOGUE.
- Spécialiste des maladies du sommeil et du ronflement.
- Spécialiste de l'handicap respiratoire.
- Spécialiste des techniques en pneumologie :
 - Exploration fonctionnelle respiratoire.
 - Endoscopie Bronchique.
 - Thoracoscopie.
- Spécialiste en sevrage tabagique

الدكتورة نزيحة نزيه شجاعدين

خريجة كلية الطب بباريس

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
صفار و كبار

- إختصاصية في أمراض الحساسية
- إختصاصية في إضطرابات النوم و الشخير
- إختصاصية في الإعاقه التنفسية المزمنة
- إختصاصية في الفحوصات التقنية

للجهاز التنفسى :

• فحص الوظيفة التنفسية

• الكشف بالمنظار

- إختصاصية في الإقلاع عن التدخين

PHARMACIE DE L'AVENIR

Casablanca, le :

22 NOV. 2022

Mme DAOUIDI

100, Bd Med El Meknassi Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31

الدار البيضاء في :

M 8 A GHTARI

Boudoriz.

297,00

Agneli entr 200/16.

1k

Mouffet au x kus

110,00x3

Mébaud 3/

3k

I pule d chefer nam

100x2 matin et soi x kus

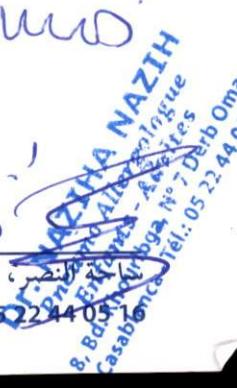
Revis 5/

2B 35

14 2-8/oux x kus

شارع خريكة - الطابق الثاني رقم 7 - درب عمر - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 44 05 16

Place de la victoire, 8 Bd. khouribga - 2ème étage n° 7 - Derb Omar - Casablanca - Tél: 05 22 44 05 16





SYNTHMEDIC
22 rue zoubair bncu al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200/6 µg
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21NRQ P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020706

120 doses
M A V R - 2 - 4
S M L 6

LOT: GA10432
PER: 08/2023
PPV: 110 DH 00

C
Etiquette

LOT: GA10430
PER: 08/2023
PPV: 110 DH 00

Cipla
Etiquette

LOT: GA10479
PER: 09/2023
PPV: 110 DH 00

Cipla
Etiquette