

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

- Reclamation : 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.

M22- 0058256

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

152285

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03259

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAMZAOUI

al del malek

Date de naissance : 06.08.1953

Adresse :

Tél. : 06 76 99 77 87 Total des frais engagés : 670,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2023

Nom et prénom du malade : EL Hamzoui Abdellah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

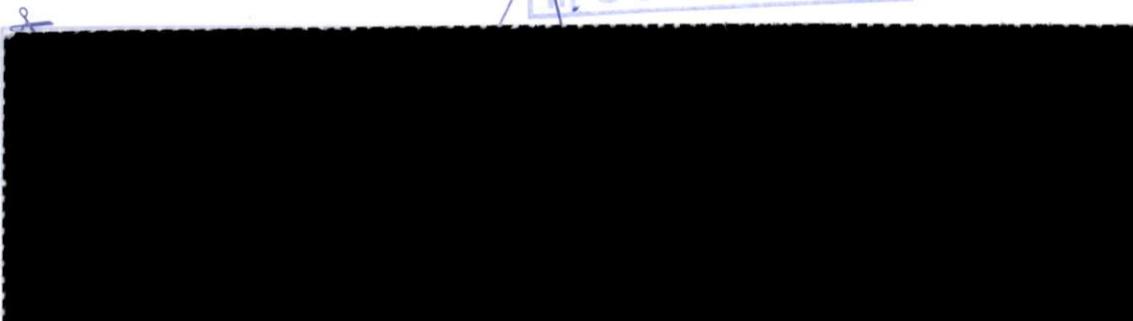
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 06.03.2023

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
06/03/23	(es)		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AL MAAJI Angie Rue Abou Kahl et Abou Hassan Saghir 1234 Etention Casa 052231706</i>	6/3/23	170.00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/03/23	(2)	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

CABINÉT DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسى
الحساسية والنوم والشخير
الدكتورة زينب بerala

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس بيرز

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس بيكرارت

شهادة الشخص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بتي سالپترير و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 06/03/2023

ELHAMZAOUI ABDELMALEK

• **Clenil forte - suspension pour inhalation**
2 bouffées matin et soir pendant 14 jours
bouche après

• **Romac 300 mg - comprimé**
1 Comprimé le matin après les repas, pendant 5 jours

Pharmacie AL MAWLIC
Angle Rue Ibnou Katir
et Abou Hassan Saghi
Maârif El Attarine Casab - Tel: 0522 23 17 17

LOT: 10122008
PER: 10/2024
TPV: 83.70 DH

83A0
860

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطليق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف ، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية والنوم والشخير
الدكتورة زينب براحة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس بيدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس بيكرارت

شهادة الفحص بالصدري من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدري باريس
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يبني سالبيبار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 06/03/2023

ELHAMZAOUI ABDELMALEK

Radiographie du thorax : Face

Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou séquellaire

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطليق الثالث ، مكتب رقم 27 المعارض، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

Casablanca 06/03/2023

FACTURE

A la suite de la consultation du 06/03/2023 de M ELHAMZAoui
ABDELMALEK
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :

ACTE :	MONTANT
RADIO THORAX	200.00DH

Merci de votre confiance

