

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° W21-772814

A 76652

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7284

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN BRAHIM KARIM Mohamed

Date de naissance :

16/01/65

Adresse :

Brahim 7284@gmail.com

Tél. : 0661512260

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Chaimaa FARSSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

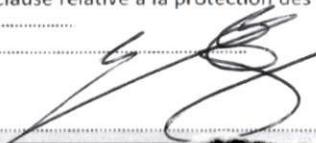
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 22/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



25 SEP 2023

Age: 60

Enfant

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/07/2023 | CS+Ra | | 130000 | INP : 0613097450 |
| | | | | DR CHAMONIX MEDICAL 22/07/2023 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 22/07/2023 | 297.00 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

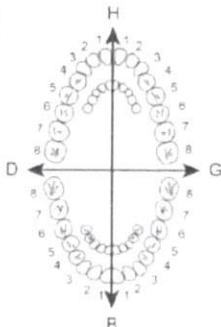
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

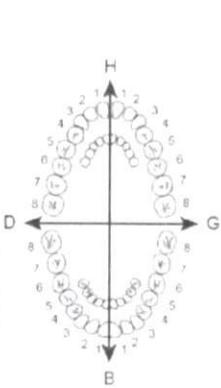
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

COEFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Tu
20
SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir knou al acoum roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBHALER
2000 mcg
Flacon de 120 doses
10414 DMP/21NRC P.P.V:297,00DH
6 118001 020708



ssi
gie
es respiratoires
nt,



الدكتورة شيماء فريسي

أمراض الجهاز التنفسى الربو و الحساسية الفحص بالمنضار
قياسات وظائف الجهاز التنفسى فحص اضطرابات النوم
والشخير المساعدة للإقلاع عن التدخين

الفحص بالموعد

ORDONNANCE

Fait à CARA le 22/09/2023.

Karim. BEN BRAHIM.

200 mg

→ Symbicort 200.

2 bouffée x 2 j.

et 2 bouffée à la douche.

sans dépresser 10h/j.



Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45

Adresse : Lotissement Messimi lot 48, Appt 3B 3ème étage

En face de Marjane Hay El Hassani

Tél. fixe : 05 29 96 03 98 | Portable : 06 79 51 61 45 | Urgence : 06 11 58 51 58

E-mail : Chaimaa.farissi@gmail.com



ORDONNANCE

Fait à

Casablanca

le 22 / 07 / 2023

- BEN BRAHIM KARIM -

Attestation des honoraires

- Radio thorax 200 dhs
- Consultation 300 dhs

Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 06 79 51 61 45

Adresse : Lotissement Messimi lot 48, Appt 3B 3ème étage

En face de Marjane Hay El Hassani

Tél. fixe : 05 29 96 03 98 | Portable : 06 79 51 61 45

E-mail : Chaimaa.farissi@gmail.com



ORDONNANCE

Fait à Casablanca le 22 / 07 / 2023

- KARIM NENBRAHIM

RADIOGRAPHIE THORACIQUE FACE

- Structures parenchymateuses sans anomalies
- Structure osseuse normale
- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Cul de sac costo-diaphragmatiques libres

*Dr. CHAIMAA FARISSI
Médecine fonctionnelle et tabagique
Gsm: 0529516145*

Adresse : Lotissement Messimi lot 48, Appt 3B 3ème étage

En face de Marjane Hay El Hassani

Tél. fixe : 05 29 96 03 98 | Portable : 06 79 51 61 45

E-mail : Chaimaa.farissi@gmail.com