

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 :

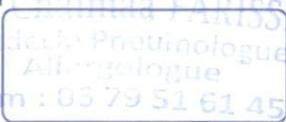
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11460</u> Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>2023</u>
Nom & Prénom : <u>KANBOU NABIL</u>			
Date de naissance : <u>12-03-75</u>			
Adresse : <u>N°18, Rue 3, Quartier YOUSRA, OULFA, CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>0661052135</u> Total des frais engagés : <u>500 + 567</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	 Cachet du médecin :		
	Date de consultation : <u>25.12.2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>HASSAN BEN ABDELLAH</u> Age : <u>43 ANS</u>	
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	 <u>12 JAN. 2024</u>	
	Nature de la maladie : <u>ANXIETE AIGUERAS</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'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 : <u>12/01/24</u>		
	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
25/12/2023	CS RX		3000H + 2000H	INP : 061307450

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARAAN Dr. DERI AZIZA Bissemment Youssra, Lot 11 Zoubir CASABLANCA	25/12/23	PHARMACIE MARAAN Dr. DERI AZIZA 569.50 Bissemment Youssra, Lot 11 Zoubir CASABLANCA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, 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"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		NOM DU PATIENT		CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
D					
G					
B					
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXÉCUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies
Exploration Fonctionnelles Respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
الفحص بالمنضار - قياسات وضائف الجهاز التنفسي
فحص اضطرابات النوم والشخير
المساعدة للإقلاع عن التدخين

ORDONNANCE

Casablanca le:

Casablanca

25 / 12 / 2023

Mr HASNAA AMINE

RADIOGRAPHIE THORACIQUE FACE

- Sd intertiel basal droit
- Structure osseuse normale
- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Cul de sac costo-diaphragmatiques libres

Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin Pneumologue
Allergologue
Gsm : 05 29 51 61 45

Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies
Exploration Fonctionnelles Respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسية والحساسية
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسى - الربو والحساسية
الفحص بالمنظار - قياسات وضائف الجهاز التنفسى
فحص اضطرابات النوم والشخير
المساعدة للإقلاع عن التدخين

ORDONNANCE

Casablanca le: 25/12/2023.

Hanou Tnine.

SYNTHEMEDIC
22 rue soueiri knou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200/6 µg
Flacon de 120 doses
104/14 OMP/21NRQ PPV: 297,00 DH
6 118001 020706

SMUG-A
OCT-22
SEP-24

LOT: GA20484
PER: 06/2024
PPV: 110 DH 00

Ciplo
Etiquett
Dr. D
tissuem
soubir CASA
14 comprimés
CLARIL®
Cetamol 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH
6 118000191001

Dr. Chaimaa FARISSI
Médecin de la famille
GSM: 06 79 51 61 45
GSM: 05 29 96 03 98

Lotissement Messimi Lot.48, Appt. 3B 3ème étage, En face de Marjane Hay Hassani
Tél./Fix : 05 29 96 03 98 - GSM: 06 79 51 61 45 - E-mail: chaimaa.farissi@gmail.com
IF: 25285637 - ICE: 003226888000006

297,00

+ Symbicort 200/6 µg SV
2B x 2 jet 3 Série

2B = 10 jet

de poser 10 jet PHARM

+ Claril 500 mg SV
1 cp x 2 jet f jeurs

110,00

+ Detanor SV 2 pulv/nausee SV 1 mois

1 = 567,00

Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies
Exploration Fonctionnelles Respiratoires
Exploration du sommeil et ronflement
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
الفحص بالمنضار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي
فحص اضطرابات النوم والشخير
المساعدة للإقلاع عن التدخين

ORDONNANCE

Casablanca le:

- HASNAA AMINE .

Attestation des honoraires

25/12/2023

- Consultation 300 dhs
- Radio thorax 200 dhs

Dr Chaimaa Farissi
Mardi 25/12/2023
GSM: 06 79 51 61 45