

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

- Réclamation : 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-786022

290606

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10327

Société : chg Amadas Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZZAB Rachid

Date de naissance : 06 Jan 1974

Adresse : Bd Hachimi Filali, 10, Casablanca
Le Beldi 2 Zmr 6 App 8 Casablanca

Tél. : 06 66 99 38 45

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUSSINE DRISI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél. 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AZZAB KENZA

Age :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Soi-même

Conjoint

Enfant

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 :

Casablanca

Le : 27/12/2017

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
27/12/23	02		320	INP : Dr. BELHOUSSINE DRISS M.D. Pneumologue - Allergologue Bahaoui Meknini - Casablanca 163370-0522 44 83 71

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">JAPE - CASABLANCA</p> <p>HARVEY CHAMBERS ALFARO Route 109, Dar Haj Doud El Hajjou, Route de la Mecca - Casablanca - TEL: 05 22 81 29 31</p>	27/12/23	350. -
<p>JAPE - 0030400</p>		

INPE:092048941

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

VIOLET ADHERENT

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.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">H</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">25533412</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	00000000	00000000	35533411 11433553		
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	G																		
	B	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

Docteur BELHOUSSINE DRISSI Mohammed
PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقية - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Allergies Respiratoires
Pléthysmographie - Bronchoscopie
Pathologie du Sommeil - Ronflement

Casablanca le : الدار البيضاء في :
27/12/2023

ENFANT AZZAB KENZA

١٧٢٠٢٢

Seretide125 spray

2 bouffée matin et 2 bouffée le soir pdt 10 jours puis 1 bouffée matin et soir 2 mois

٣٥٠.٠



Dr. BELHOUSSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 / 0522 44 83 71

Route 109 Dar Haj Daoui
Route de la Mecque
Casablanca
0522 44 83 71

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salméthanol

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID: 650239
6 118001 141869

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salméthanol

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH
ID: 6502605
6 118001 141869