

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

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

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12854 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MAJDAOUI Aziza
 Date de naissance : 07/09/86
 Adresse : 34 Bd oued oum Rbia
 Tél. : 0661319405 Total des frais engagés : 523,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. HIND BAKKAL**
 Pneumo-Phthisio-Allergologie
 193, Boulevard Oum Rabia Oulfa
 6ème Etage App 8 Casablanca
 Tel: 06 63 20 44 92
 Date de consultation : 16/02/24
 Nom et prénom du malade : EL MAJDAOUI Aziza Age :
 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 : Casablanca Le 16 / 02 / 24
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Prélèvement des Actes
19/02/2024		21	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. TIR Abdelaziz	12/02/2024	223,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

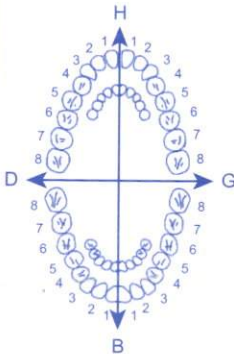
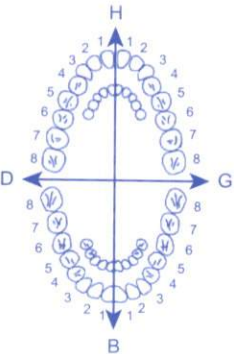
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hind BAKKAL

Spécialiste en Pneumo-Phthisio-Allergologie

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie Casablanca
Asthme - Tuberculose - Allergie
Bronchoscopie
Tests cutanés - EFR (Spirométrie)
Aide au sevrage tabagique
Maladies professionnelles
Ronflements et apnées du sommeil



د. هند بقال

أخصائية في أمراض التنفس، الحساسية و الربو

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
الضيقة، السل و الحساسية
الفحص بالمنظار
فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية
الإقلاع عن التدخين
الأمراض المهنية
الشخير و توقف التنفس أثناء النوم

Casablanca le : الدار البيضاء

M. *Abja el Najdani*

1) *49.00* (SV) *2/5* (85)

2) *32.40* (SV) *3/5*

3) *20* (35)

4) *22.20* *3/5*

5) *22.20* (SV)

22360 (toute la journée)

PHARMACIE POLYCLINIQUE
DR. TIR Abdelaziz
58, Route M. May Thami
Tél: 05 22 90 21 67
May Hassan
Cas

DR. HIND BAKKAL
Pneumo-Phthisio-Allergologie
193, Boulevard Oum Rabiaa Oulfa
3ème Etage Apt 8 - Casablanca
Tél: 06 63 20 44 92

193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa, 3^{ème} étage, Apt 8, Casablanca

Tél.: 05 22 93 86 14 / E-mail : bakkalhind@gmail.com

PECTRYL®

SIROP

250 ml



6 118000 031901

PPV: 32DH40

CLAVULIN 1 g/125 mg

16 sachets



6 118000 160502

PPV: 149,00 DH
LOT: 651328
PER: 02/25



Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

Lot
EXP
PPV

3T9Y
06 2025
42,20 DH