

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.

Diagnostique 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 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

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 - 8ème 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



60774

Déclaration de Maladie : N° P19-0021206

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7735 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : WASSIM SAADIA Date de naissance :
Adresse : habituelle
Tél. : 067686605 Total des frais engagés : 985,7

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 03 / 2021
Nom et prénom du malade : WASSIM SAADIA Age : 57 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pleurite allergique
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 : 04 / 03 / 2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 Paiement des Actes
11/03/2021	80 + Tst eury	250 ou 500 ou		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/2021	235,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

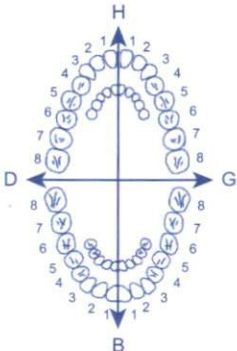
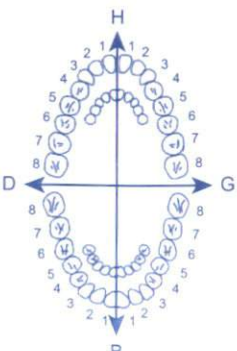
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الربكورة حمراني حنني سعيبة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 04/03/2021 في الدار البيضاء،

FACTURE

Nom & Prénom :

W Amine Saidia

Consultation :

250 DH

Radio Thorax :

1

EF Resp :

1

Tests Cutanés :

500 DH

Nébilisation :

1

Total :

750 DH

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, CH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 05 22 89 02 02

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phthisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة أم حناني سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيقة، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 04/03/2021 في الدار البيضاء،

Mr. Wasmih

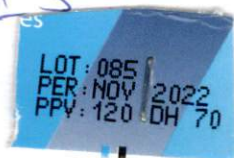
Saidia



① Avamyl's

2 pulhau x 21; x 15.

2 pulhau; x 15.



② Acus

1 mg



Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél. 05 22 89 02 02

شارع أم الربيع - إقامة الفردوس - مجموعة ه 25 أ - الطابق السفلي - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 89 02 02

Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDIAOUS, Groupe H 25 A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02

Docteur Amrani Henchi Saida

Cabinet de pneumologie et d allergologie

Rès Firdaous-GR.H25 A-imm.31-Rez de chaussée-Casa

Tel :05 22 89 02 02

Résultat des tests cutanes

Date : 04.03.2021

Nom & prénom : WASMIA Saadia

Age : 10.12.1964

Diagnostic : Rhinthe chronique

Tests	Papule	Erythme	Observation
Temoin negatif	—	—	
HCL Histamine	6mm	25mm	
D.P TERONYSSINUS	—	—	
Dermato farinae	—	—	
BLOMIA	—	—	
BLATE GERMANIQ			
POIL DE CHAT	—	—	
POIL DE CHIEN	—	—	
CYPRES			
5 GRAMINEES	—	—	
OLIVIER	—	—	
MIMOSA			
LATEX			
JAUNE D OEUF			
BLANC D OEUF			
CREVETTE			
MERLAN			
MORUE			
SARDINE			
POULET			
AVOCAT			
SOJA			
CACAHUTE			

Tous autanés négatifs ce jour

Dr. AMRANI HENCHI SAIDIA
Pneumo allergologue et Allergologue
Cabinet de Firdaous, GR.H25A
10011, CAHADI ANCI
Tel : 05 22 89 02 02