

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10300	Société :	43-65
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Ridaoui Rachid			
Date de naissance : 10/01/1983			
Adresse : Habtuelle			
Tél. :	0666 274 783	Total des frais engagés : 200 + 1658,40 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
<p>Dr. NAZIHA NAZIH Pneumo Allergologue Enfants - Adultes 8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar Casablanca - Tél. : 05 22 44 95 16</p>			
Cachet du médecin :			
29 SEP. 2020			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Ridaoui Rachid			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Allergie + Rhinite			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. NAZIHA NAZIH
Pneumo Allergologue
Enfants - Adultes
8, Bd. Khouribga, N° 7

29 SEP. 2020

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
29 SEP 2020	C3	300		DR M. ALEXANDRE OMAR N° 410516 Signature : Date : 29/09/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/9/2020	1658,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire **ADULTES** et **ENFANTS**.

- **ALLERGOLOGUE**.

- Spécialiste des maladies du sommeil et du ronflement.

- Spécialiste de l'handicap respiratoire.

- Spécialiste des techniques en pneumologie :

- Exploration fonctionnelle respiratoire.
- Endoscopie Bronchique.
- Thoracoscopie.

- Spécialiste en sevrage tabagique

الدكتورة نزيحة نزيه شجاعدين

خريجة كلية الطب بباريس

- اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
صغار و كبار

- اختصاصية في أمراض الحساسية

- اختصاصية في إضطرابات النوم والشخير

- اختصاصية في الإعاقة التنفسية المزمنة

- اختصاصية في الفحوصات التقنية

للجهاز التنفسى :

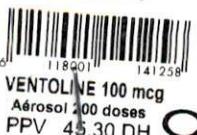
• فحص الوظيفة التنفسية

• الكشف بالمنظار

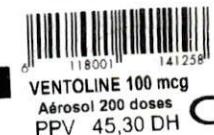
- اختصاصية في **التدخين**

Casablanca, le : الدار البيضاء في : Casablanca, le : 29 SEP. 2020

دار البيضاء في : Casablanca, le : 29 SEP. 2020



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soulier brou al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdpe p unih
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21NRO d.P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soulier brou al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdpe p unih
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21NRO d.P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

LOT:0036N008
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

ساحة النصر، 8 شارع خريبكة - الطابق الثاني رقم 7 - درب عمر - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 05 16

Place de la victoire, 8 Bd. khouribga - 2ème étage n° 7 - Derb Omar - Casablanca - Tél : 05 22 44 05 16

24 Zall 5

87328

90,50
23

Up le tui x 3 mls

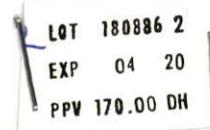
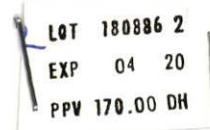
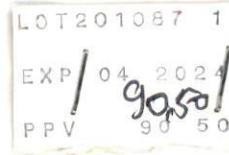
170,00 Of'ken es-
An

Up 9 li

1658,40

PHARMACIE MARHABA
Al Dr ACHOUR
61, Al des FAR - Casablanca
Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

DR NAZIHA NAZIH
Pneumo Allergologue
Enfants - Adultes
3, Bd. El Bourib - Casablanca
N° 1 - Tel: 0522 31 16 40



valable 3 mois

29 SEP. 2020

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

