

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A L'ADHÉRENT 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 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

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° P19- 045035

NID: 477771

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4798 Société : Rn

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FADHIL RHAOUTI

Date de naissance : 12/12/43

Adresse : 18 Av. Hassan Lefkir Casablanca

Tél : 06 67960937 Total des frais engagés : 1236,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/20

Nom et prénom du malade : FADHIL RHAOUTI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

19 NOV. 2020

ACCUSE

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
03/11/20	C2		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/20	936,30

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 l'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<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		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[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

Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed
PNEUMO-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Asthme - Tuberculose - Allergies Respiratoires
Spirométrie - Bronchoscopie
Pathologie du Sommeil - Ronflement
Sevrage Tabagique

59, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA
Tél.C : 05 22 44 83 70
05 22 44 83 71
GSM : 06 61 15 68 72

الدكتور بلحسين إدريسي محمد
خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
أمراض الرئة - الضيقة - داء السل
أمراض الحساسية - أمراض الشخير

59. شارع رجال المسكيني - الدار البيضاء
الهاتف ع : 05 22 44 83 70
05 22 44 83 71
الهاتف م : 06 61 15 68 72

Casablanca, le : 09/11/2020 : الدار البيضاء, في :

MR FADHIL RHAOUTI

- 297.00
x3
45.30
936.80
- **Symbicort turbuhaler 400/12 µg**
1 bouffée matin et soir 3 mois se rincer la bouche après
 - **Ventoline Spray**
2 bouffées au besoin

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam rochet
noiras casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21/NRQ DUP.P.V. : 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam rochet
noiras casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21/NRQ DUP.P.V. : 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir bnou al aouam rochet
noiras casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdes p inh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21/NRQ DUP.P.V. : 297,00 DH
6 118001 020935

PHARMACIE
DU MARCHÉ CENTRAL
152, Bd Mohammed V - CAS
Tél: 05 22 22 19 48

Dr. BELHOUSINE DRISSI Mohammed
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 0522 44 83 71
mbelhoussinedrissi@gmail.com

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH