

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13258

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETTALBI SOPHIA

Date de naissance : 21/06/1989

Adresse :

Tél. : 0626245185

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/02/2022

Nom et prénom du malade : ETTALBI SOPHIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rhume allergique rhinobal

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 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.

Casablanca le 20/02/2020

Le : / /

à l'adhérent(e) :

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
08/02/2022	Ct	300.00		INP : 0941240671 DR CHIBI RADOUANE PNEUMO ALLERGOLOGUE CLINIQUE MOHAMED VI TANGER 05 23 28 19 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ANAM SAÏD AU MAROC - DEPT DE TANGER</i> 05/23/2022	8/2/2022	2261.70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DEBUT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Dr CHABI RADOUANE

Diplomé de la faculté et de médecine
et de pharmacie de Casablanca
**SPECIALISTE EN PNEUMOLOGIE
ET EN ALLERGOLOGIE**



الدكتور شابي رضوان

خريج كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم الاختصاص في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

- Asthme, Allergologie, immunologie, désensibilisation
- Tuberculose, maladies respiratoires
- Ronflement
- tabac
- Fibroscopie bronchique
- Exploration fonctionnelle respiratoire
- Tests cutanés

• الربو, الحساسية, المتنفس

• داء السل, أمراض الصدر و القصبة الهوائية

• الشخير

• التدخين

• الفحص بالمنظار الداخلي

• التشخيص الوظيفي للرئة

• الكشوفات الجلدية

Mohammedia, Le:

08-08-2020

C

7m'

ETIAL 85

CO PHSA

136,20

1

Nasal c sp nasal



9050

1

XJZL 100L SP 8mg

1 int tabt x 1 msl

1 CP x 1 msl

TAFI 226,70

DR CHABI RADOUANE
PNEUMO - ALLERGOLOGUE
LOT ELFAREL ALIA MOHAMMEDIA
TEL: 05 23 28 19 00

PHARMACEUTICALS SARL AU
Tél: 05 23 33 01 27
Bld. Ben Traïd
N° 1 Mensoûra
El Alia
Hôpital de Ben Traïd

تجزئة الفجر الرقم 5 الطابق الأول العالية - المحمدية

Lotissement El Fajr N° 5 1er Etage - El Alia / Mohammedia

Tél : 05 23 28 19 00 - Urgence: 06 41 83 03 57 - E-mail: chabi.radouane@gmail.com

NASONEX 50 µg/dose

Suspension pour pulvérisation nasale

Flacon de 120 doses

P.P.V: 136,20 DH

Distribué par MSD Maroc

6 118001150199>



28 comprimés pelliculés

Diclohexyldroate de Lévoceftirizine

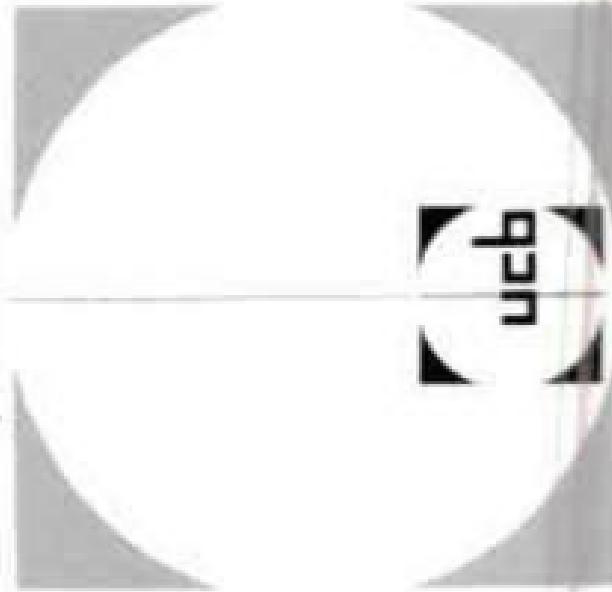
5 mg **Xyzall®**

90,50

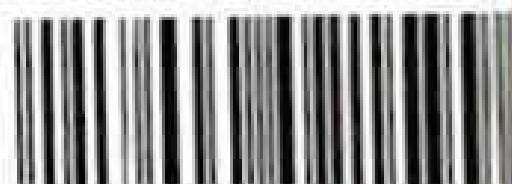
LOT 191998 2

EXP 09 2023

PPV 90 50



Xyzall 5 mg
28 comprimés pelliculés



6 118000 021599