

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 *ND: 87549* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *4798* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *FADHIL EL HADJI*

Date de naissance : *17.12.43*

Adresse : *18 Av. Ittihad Seftir Rue Sefra*

Tél. *06 67960932*

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *FADHIL EL HADJI* 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 :

Le : *02/10/2012*

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 02.03.2020 | CR | | 300 | Dr. BELHOUSSINE DRISI Médecin Pneumologue - Allergologue Bd Raha 10 Casablanca 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71 drissi.drisi@gmail.com |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE CENTRAL Bd Mokhtar 2222 02/03/2020 | 02/03/20 | 936,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

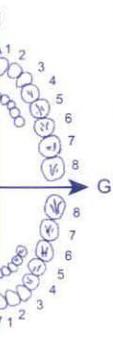
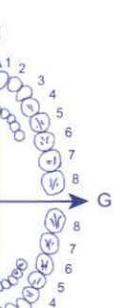
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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'ODT.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELHOUSSINE 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

Casablanca, le : 02/03/2020

MR FADHIL RHAOUTI

- 297,00
X 3
881,00
- Symbicort turbuhaler 400/12 µg
1 bouffée matin midi et soir 10 jours puis 1 bouffée matin et soir 3 mois se rincer la bouche après
 - Ventoline Spray
2 bouffées au besoin
- 936,30

SYNTHMEDIC
22 rue soubeir bni al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Poids p. unit
Flacon de 60 doses
10514 DMP/21 NRO du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

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

SYNTHMEDIC
22 rue soubeir bni al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Poids p. unit
Flacon de 60 doses
10514 DMP/21 NRO du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

الدكتور بلحسين إدريسي محمد
خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

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

59, شارع رحال المسكنيني - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 44 83 70
05 22 44 83 71
الهاتف : 06 61 15 68 72

دار البيضاء, في :
SYNTHMEDIC
22 rue soubeir bni al aquam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Poids p. unit
Flacon de 60 doses
10514 DMP/21 NRO du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935