

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.

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° W21-622636

93375

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 00305		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAIEB LAHSEN
Nom & Prénom :		Date de naissance : 23/09/38	
Adresse : 12 IMPASSE DALET HACILOUF CASABLANCA			
Tél. : 0672406347		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22/11/2009			
Nom et prénom du malade : CHAIEB LAHSEN Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 Le : 27/11/2009
Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BANDEAU Mr SEKKAT D.G.C.I.L. 7, Rue de l'Attal Tunisie - Tél: 0522.94.11.14 Fax: 0108.2118000081	22/11/2021	1013,30

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	Dents Traitées <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>																																																																																																																									Nature des Soins <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>																																																																																																																									Coefficient <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>																																																																																																																									INP : <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
				FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	O.D.F PROTHESSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>																																																																																																																									DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>B</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </tbody> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																			
H	G																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
25533412	21433552																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
D	B																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
00000000	00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
35533411	11433553																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
				DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										



CMR
EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

Consultations :
Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Pléthysmographie
Spiromtrie - Oscilline
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد للبر ابراهيم

الدكتور ع. الناصري

ID: 647764
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20DH
6 118001 141807

Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

Casablanca le 22/11/2021

ID: 645949
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 139,20 DH
6 118001 141807

Monsieur CHAIEB Lahsen

zinnat 250: 1cp x2/j x 08j (N°2)

cortancyl 20: 3cp le matinx 03j puis 2cp le matinx 05j

zolus20: 1 le soir

broncotec: 1 inh x2/j (N°3)

Prendre rendez-vous sur : casasouffle@gmail.com

PHARMACIE BAB ESSALAM
Mr SEKKAT Omar
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
Casablanca - Tél: 0522.94.15.1
ICE 001082118000087

PPV : 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRC

PHARMACIE BAB ESSALAM
Mr SEKKAT Omar
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.
Casablanca - Tél: 0522.94.15.1
ICE 001082118000087

PPV : 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRC

CMR EL IBRAHIMI Maroc
5 bis - Rue
Quartier Racine
Tél: 03 22 01 22

PPV : 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRC

مكرر، زنقة ابن بابك - راسين - المعاريف - الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 94 91 23 - 05 22 94 93 47 / 05 22 94 92 46 .fax : 05 22 94 91 23 - E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web:cmr-maroc.com

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA. Téléphone 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23 - E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web:cmr-maroc.com