

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060932

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : GA Société : g3894

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHALLAD ABDELM

Date de naissance :

Adresse :

Télé : 0657948665 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Signature de l'adhérent(e) :

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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Reclamation | : contact@mupras.com |
| Se en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

S'engage à garantir le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 671

Société : 1

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

KHALLAO ABDELLAH

Date de naissance :

11/11/1948

Adresse :

Rue Hassan II, 1000 mètres immeuble 5A
maison - casablanca

Tél. : 066 774 2645

Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. NAZHA NAZIH

Pneumo Allergologue

Enfants - Adultes

8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar

Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16

01 OCT. 2021

01 OCT. 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Khallao Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aiguë

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 : 01 OCT. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Abdellah

DR. NAZHA NAZIH
Pneumo Allergologue
Enfants - Adultes
Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar
Casablanca - Tel.: 05 22 44 05 16

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° P19-049146

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 671

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/07/2021 | CB | 300 | | Dr. NAZAR pneumato- Enfanteur Casablanca 88d. Khouja El Hedi |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|--------------|------------------------------|------------------------|
|  NAZIM HANNAH Laboratoire et Radiologie neumopneumologues Enfants - Adultes Bd. Khouja 96, N° 10 Casablanca Tél.: 053 42 11 11 | 01 OCT. 2011 | PK Honoray | 250 |

AUXiliaires MÉDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|--|
| | | A M | P C | I M | I V | |
|  | 01/10/21 | | | | |  100,00 |

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT I

Dr. NAZIHA NAZIH CHAJADINE

Diplômée des universités de Paris

- 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 و الشخير
- اختصاصية في الإعاقة التنفسية المزمنة
- اختصاصية في الفحوصات التقنية للجهاز التنفسى
 - فحص الوظيفة التنفسية
 - الكشف بالمنظار
- اختصاصية في الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

01 OCT. 2021

Khalid Al-Solami
 34,70 x 2
S. cert 200 S.V. (2B.)
 24/12 مالى اپنامز
 20p مالى u x7.
 14p مالى u x7.
 45,30 x 2.
 برجهان اپنامز
 2 بولافل u بولافل x 2.
 B 197,90 x 9.
 B nonstop 12 x.
 14p 2011 x 24

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

~~16,1,8~~
~~D'ONA~~ Cap. multu x 21
~~Loratadine 10 mg~~
~~Bromhexine 250 mg~~

clair flui
dès 21
TIPS HALER
saumoné
Bribouib spray

2 Bx 2fl x 3ml
16,1,80x2

D'ONA 18

1 cap multu x 3ml
19790x2

Bromestérile

1 cap
185,00x2

Saffluzo

(2B)

2 Bx 2fl x 3ml

PHARMACIE NOUVELLE ERE
Dr. NAZIHA NAZIH
Pneumo Allergologue
Enfants - Adulées
Casablanca - Tel.: 05 22 44 53 47

~~Dr. NAZIHA NAZIH~~
Pneumo Allergologue
Enfants - Adulées
8, Bd. Khouribga, N° 7 Darb Omar
Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16

Cabinet d'Allergologie et de Pneumologie

Dr. NAZIHA NAZIH CHAJADINE

Pneumophtisiologue

Place de la Victoire - Angle Bd. Khouribga

2ème étage Appt. 7, Derb Omar - Tél. : 44.05.16/17

CASABLANCA

Mallal
Abdeslam

01 OCT. 2021

Casablanca, le

NOTE D'HONORAIRES

Faculté

Reçu pour radiographie thoracique de face et de profil

Salé sur cui faut

Interprétation :

250 DH

Compte Rendu

Opuntia a' baies flues
au fond de la cage
pulmonaire ganté

Signature

Dr. NAZIHA NAZIH

Pneumo Allergologue

Enfants - Adultes

8 Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar

Casablanca Tél. 05 22 44 05 16

LOT N°:

UTAV:

PPV (DH):

34,70

Lot n°:

Pér.:

08/25 A
02-2024

P.P.V: 45 DH 30

LOT: GB10602
PER: 02/2024
PPV: 185 DH 00

LOT: GB10601

PER: 02/2024

PPV: 185 DH 00

PPV : 197 DH 90

Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لانحة 1

PPV : 197 DH 90

Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لانحة 1



GIN 189011725345
LOT BA11942
EXP 12/2022
S/N 61981047056681
PPV: 161 DH 80

139,50