

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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.

N° M21- 069812

(94020)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3649

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MEGGUEN MOHAMED

Date de naissance : 25-10-1961

Adresse : Résidence ANNAD imb 23 Apt 202  
Cité plateau Casablanca

Tél. : 0661514819 Total des frais engagés : 873,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MEGGUEN MOHAMED

Conjoint

Enfant

Lui-même

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Rhinitis allergique Allergique

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 : CLASA

Le : 20.1.2021

Signature de 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
22.11.21	C.S		300,00DH	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/92	573.80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

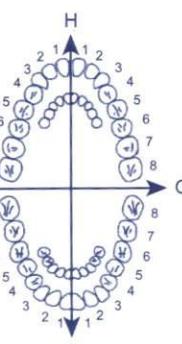
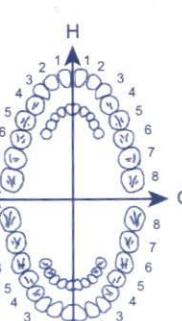
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 D 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	H B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE PNEUMOPHTISIOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

**Dr JAOUHARI T. ABDELHAK**

Diplômé des Universités de France  
Spécialiste en Pneumo-phtisiologie  
(CHU TOULOUSE)  
Capacité National Française  
D'Allergologie - Immunologie Clinique  
(CHU NANCY)  
Tél : 05 22 49 26 07 – 05 22 20 53 85

**الدكتور جوهري ت. عبد الحق**

خريج الجامعات الفرنسية  
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي تولوز  
دبلوم الكفاءة الوطنية الفرنسية للأمراض  
الحساسية والمناعة (ناسني)

الهاتف : 05 22 20 53 85 - 05 22 49 26 07

mr MEGHRUF OTHMANE

20/11/21



**IXOR® 20 mg**

28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 03/2023  
LOT 12025 1

PPV 118DH50

EXP 04/2023  
LOT 12025 6



118.50x2  
- IXOR

4 p 20 mg ( 8B-5 28 )  
1 p 1/4 heure Avant petit déjeuner

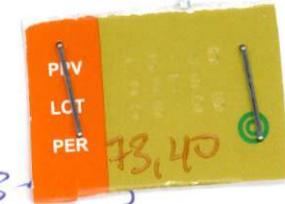
73.40x2  
- Erba 4 p 5 mg ( 8B-5 28 )

2 p 1/4 heure Avant petit déjeuner

190.00  
- AEROMAX

4 p 1/4 heure Avant petit déjeuner

( 180 ) 1 p 1/4 heure Avant petit déjeuner  
Aero max x 3



573.80

**Dr. JAOUHARI T.A.**  
Spécialiste en Pneumophtisiologie & Allergologie  
52, Bd. Zerkouni, Appt. N° 4  
Tél. : 0522 49 26 07/20 53 85

**Dr. JAOUHARI T.A.**  
Spécialiste en Pneumophtisiologie & Allergologie  
52, Bd. Zerkouni, Appt. N° 4  
Tél. : 0522 49 26 07/20 53 85



# CABINET DE PNEUMOPHTISIOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE

Docteur JAOUHARI T. ABDELHAK

Diplômé des Universités de France  
Spécialiste en Pneumophysiologie  
(CHU Toulouse)  
Capacité Nationale Française d'Allergologie  
Immunologie Clinique (CHU NANCY)  
Tél. : 022 49 26 07 / 022 20 53 85

الدكتور جوهري ت. عبد الحق

خريج الجامعات الفرنسية

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى (تولوز)

دبلوم الكفاءة الوطنية الفرنسية لأمراض

الحساسية والمناعة (نانسي)

الهاتف : 022 20 53 85 / 022 49 26 07

I.C.E

001656347000093

Casablanca, le : 20.11.2021 الدار البيضاء، في :

Facture N° 387

Casablanca .le..... 20.11.2021 ..... الدار البيضاء، في

Reçu de M. REGGUNE.athmane.

La Somme de Trois cent dh = 300,00 dh .....

En contrepartie de : ①

- 1) CS- Consultation spécialisée Trois cent dh = 300,00 dh.  
2) 3K 20- Tests cutanés allergologiques  
3) 2K25- Exploration fonctionnelle respiratoire

Dr. JAOUHARI T.A.  
Spécialiste en Pneumophysiologie  
et Allergologie  
52, Bd. Zerkouni, Appt. N° 4  
Tél. : 0522 49 26 07/20 53 85

إقامة الرصا - 52، شارع الزرقطوني - الشقة 4 - الطابق الأول - الدار البيضاء

Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - Appt. N° 4 - 1<sup>er</sup> Etage - (en face au marché des fleurs) - Casablanca