

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

- Reclamation : 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° W19-509091

116359

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10236 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : RHIZAL MOUH

Date de naissance :

Adresse : 5 ALMA 2 Res 4 un 10 de 7 CAZIA

Tél. : 0661555890 Total des frais engagés : 663 50 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. MAHBOUB Abdelouahed

Cachet du médecin :

Dr. MAHBOUB Abdelouahed
Pneumo - Allergologue
Bd. Mohamed Bouaziane, Rés. Farhatine 5
2ème Etage Appr. 7 - Casablanca
Tél. 0522 55 08 09 - INPE: 091049643

Date de consultation : 24 MAI 2022

Nom et prénom du malade : RAZEK FATIMA

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 25/05/22

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
24 MAI 2022			250DH	INP : 091069813

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. MAHBOUB A. Allergologue Pneumo - Allergologue Mohamed Bouaziane, Rés. Fairhane 5 2ème Etage Appr. 7 - Casablanca Tél: 0522 55 08 09 - INPE: 091049543	24 MAI 2022	150DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Mme. LEMTIL Pharmacienne 86, Bd. El Joulane Scimia Sidi Othmane - Casablanca Tél: 05 22 39 11			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	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. MAHBOUB Abdelouahed

Ex Médecin Chef de service de pneumophtisiologie

Spécialiste de l'Appareil Respiratoire,

Allergies, Asthme, Tuberculose

Sevrage Tabagique, Tests d'Allergie

Exploration fonctionnelle respiratoire

Endoscopie Bronchique

الدكتور عبد الواحد محبوب

رئيس قسم الأمراض الصدرية سابقا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

الحساسية، الربو (الضيق)، السل

الاقلاع عن التدخين، تحليل الحساسية

فحص وظيفية التنفس

التنظير القصبي

Ordonnance

Casa, le 24/5/2022 في الدار البيضاء



263 50
RAZIK Fatima

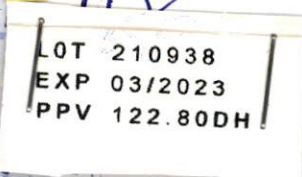
① Symplocar 2mg
35,00 24/1 x 10j au 10/06/2022



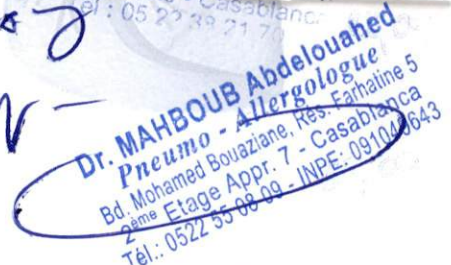
② CEBOL 5mg
22,00 14 x 3j



③ Nebrok 4mg
127,80 14j au 07/06/2022



④ Roxol 100mg
83,70 14j x 7j



شارع محمد بوزيان إقامة فرحاتين 5 (العمارة 5) الطابق الثاني شقة 7 - الهاتف: 05 22 55 08 09 - mahboub2233@gmail.com

Résidence Farhatine 5 Bd Mohamed Bouziane. Imm 5, 2ème étage, App 7 - Tél: 05 22 55 08 09 - E-mail: mahboub2233@gmail.com

Cabinet de pneumo-allergologie
Dr MAHBOUB Abdelouahed

Avenue Mohamed Bouziane Rés. Farhatine 5 Imm 5.2ème étage n°7

Tel : 06 22 55 08 09 ; Gsm : 06 62 06 50 98

Nom : RAZIK
Prénom : FATIMA

Date :
24 MAI 2022

Rx Poumon Face

Compte rendu

- Rx Poumon face normale
a. Aération normale
a. Vessies pleurales libres
a. Pas de signes de compression

Dr. MAHBOUB Abdelouahed
Pneumo - Allergologue
Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Farhatine 5
2ème Etage Appr. 7 - Casablanca
Tél.: 0522 55 08 09 - INPE: 091049643

Signé :

Cabinet de Pnéumo-allergologie

Dr MAHBOUB Abdelouahed

Avenue Mohamed Bouziane Rés, Farhatine 5, 2
ème étage n°7

Tel. 05 22 55 08 09, Gsm. 06 62 06 50 98

FACTURE

Date :

Nom : RAZIK

24 MAI 2022

Prénom : FATIMA

Rx poumon FaceZ12 : 150 DHs

Dr. MAHBOUB Abdelouahed
Pneumo - Allergologue
Bd. Mohamed Bouziane Rés. Farhatine 5
2ème Etage Sig. 7 - Casablanca
Tél.: 0522 55 08 09 Gsm.: 091049643
Signé :