

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 080688

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZIDANI RAHMOUNE FATNA
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUSSE DRISS Méd.
 Pneumologue - Allergologue
 59, Bd Hassan II - Casablanca
 Tél: 0522 44 33 79 / 0522 44 83 71

Date de consultation : 31/05/2022
 Nom et prénom du malade : RAHMOUNE FATNA 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 : 31 / 05 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
31/05/22		02	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31/05/2022

417.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

31/05/22

22

200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

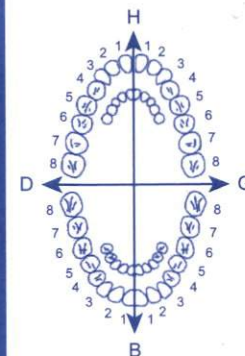
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

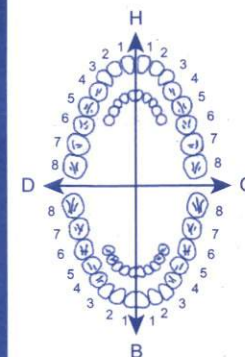
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires

et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Casablanca le : : الدار البيضاء في

31/05/2022

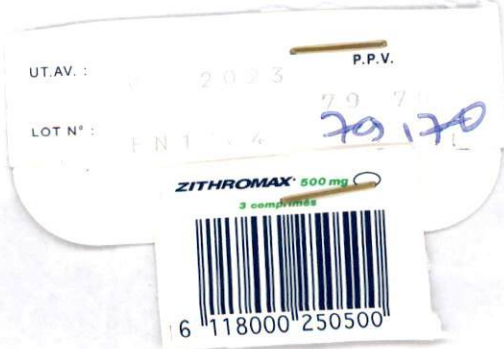
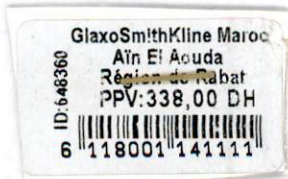
MME RAHMOUNE FATNA

- Seretide 500 diskus
1 bouffée matin et soir . se rincer la bouche après .
- Zithromax 500 mg
1 cp par jour pdt 3 jours



صيدلية الاتحاد البيضاء
PHARMACIE DE L'UNION CASA
Lot Amel : LARAKI
Et Abdelhadi : LARAKI
Tél : 05 22 44 83 70 - Casablanca
ICE 00182389900076

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59 Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71



Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Casablanca le : : الدار البيضاء في

31/05/2022

MME RAHMOUNE FATNA

Radiographie Thoracique

Accentuation de la trame broncho-vasculaire périhilaire

Pas d'autre anomalie pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive

Médiastin normal

Dr BELHOUSINE DRISSI M.

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd RAHAL EL MESKINI - Casablanca
Tél: 0522 44 83 71 - 0522 44 83 71

Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين إدريسي محمد
خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Casablanca le : : الدار البيضاء في

31/05/2022

Facture

MME RAHMOUNE FATNA

Acte	QTE	Honoraire
Consultation C2	1	300.00 Dh
Radiographie thoracique Z12	1	200.00 Dh
Total		500.00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
cinq cents dirham(s)

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd RAHAL EL MESKINI - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71