

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, parodontologie 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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-727125

127600

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5009 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : REGRA GUI RACHID
 Date de naissance : 29.06.1961
 Adresse : IMP 28 APT 5 WAF 3 DULFA CASABLANCA
 Tél. : 0600170246 Total des frais engagés : 532,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Docteur Maha NASSA
 Pneumologue Allergologue
 Imm. Communal Angle Rte. d'Azzemour
 et Bd. Abderrahmane Hay Hassan
 Porte Rte. d'Azzemour (en face station africain)
 3ème Etage - Casablanca
 Tél/Fax : +212 (0) 522 91 12 12

Date de consultation : 16/08/22
 Nom et prénom du malade : REGRA GUI RACHID Age : 62 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *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 : CASABLANCA Le : 30/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/08/22	G		350,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/2022	32,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/08/22	78	29,00m

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														

Docteur Maha Nassaf

Pneumologue Allergologue

Spécialiste des maladies de l'appareil
respiratoire, Maladies allergologiques,
Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique,
Bronchoscopie



الدكتورة مهانصاف

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،
أمراض الصدر والحساسية،
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين
التشخيص بالمنظار

Casablanca, le 16/08/22. في الدار البيضاء،

Mr - Mme :

REGRAËUI Rachid

Radiographie thorax face

opacité fibreuse date.

- Infiltrat tub. dist.

- Rapport Cardio - Thorax u.l.

Docteur Maha NASSAF
Pneumologue Allergologue
Imm. Communal, Angle Route Azemour et Bd. Sidi Abderrahman, Hay Hassani
Porte Route Azemour (en face station Afrikaia), 3^{ème} étage
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12 - E-mail : nassafpneumo@gmail.com

Docteur Maha Nassaf

Pneumologue Allergologue

Spécialiste des maladies de l'appareil
respiratoire, Maladies allergologiques,
Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique,
Bronchoscopie



الدكتورة مهانصاف

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،
أمراض الصدر والحساسية،
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين
التشخيص بالمنظار

Casablanca, le 16/08/22 في الدار البيضاء،

Mr - Mme : ~~REGESVI~~ Rego Rachid.

Rego

Radiographie Thorax face 200,00 ds

PPV (PH) :

LOT N° :

UT. AV. :

32160

MUXOL 
Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572

بلوزة سحر



الدكتورة مهانصاف

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،
أمراض الصدر والحساسية،
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين
التشخيص بالمنظار

16/08/22.

الدار البيضاء، في

Reçu pour *faelied*

32,60

Muxol comp

1 Cas x 31

To. 32,60

Dr. Maha NASSA
Pneumologue Allergologue
Imm. Communal Angle Route Azemour et Bd. Sidi Abderrahman, Hay Hassani, Casablanca,
Porte Route Azemour (en face station Afrikaia), 3^{ème} étage
Tél. / Fax : +212 (0) 522 91 12 12 - E-mail : nassafpneumo@gmail.com

صيدلية
PHARMACIE HAY EL WIAM
252 BD OUED SEBOU OULFA
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17 31
INDE : 0020370249