

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

N° W21-761828

141128

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LECHHEB, Omar

Date de naissance :

11/07/1953

Adresse :

109, Bd. Amour EL KHAYAT, Casablanca

Tél. : 066176598

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : 21/11/2022

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
21/10/22	(CS)		300.00	INP : 
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chiffet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ODYSSEE 15 bis, Rue Tanarive Ferme Bretor Boulevard Casablanca Tél/Fax: 0522 25 52 00 <i>Asmaa AMOR</i>	21/11/22	125,00

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DÉBUT D'EXÉCUTION											
				FIN D'EXÉCUTION											
ODF PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; padding-right: 10px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	G	00000000	00000000												
	B	35533411	11433553												
		(Création, remont, adjonction)	MONTANTS DES SOINS												
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXÉCUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot

DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes

Certificat d'échographie thoracique, Association Echo, Paris France

Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France

et à l'hôpital 20 Août - CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية والنوم والشخير

الدكتورة زينب براحة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي

أمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية طب باريس ديربورن

شهادة تصوير الصدر كلية طب باريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجامعة الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالپتريه و مستشفى 20 غشت بالبيضاء

Tél / Fax : 0522 22 52 52
Bureau sur Casablanca
15 bis, Rue Traouadal, 3ème étage

AMMAD ZINEB
PHARMACIE D'EL MANSOUR

Casablanca le : 21/11/2022

MR LECHHEB OMAR

95.00

• Efloxin

1 Comprimé le soir après les repas, pendant 5 jours

30.00

• Fluibron 0,3 % - sirop

1 cuillère, matin et soir, pendant 5 jours

125.1

0.3

Lot : 220190
Exp : 02/2027
PPV : 95,00 DH

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعارض، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

Fluibron® 0,3%

Ambroxol

LOT 1129
PER 117 - P
PPV 300 H 00

**30,-
00**

