

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE JAMILA

Date de naissance : 20/06/1952

Adresse : IM 29 NFT N°4 2^e étage NDVR californie

Tél. : 0660168100 Total des frais engagés : X 600,00DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2021

Nom et prénom du malade : Hme RAHMOUNE JAMILA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

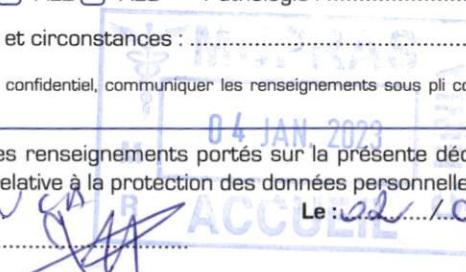
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 04 JAN 2023

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
16/12/2022	Trois extractions		10000	<i>DR. Lili DIAZ</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

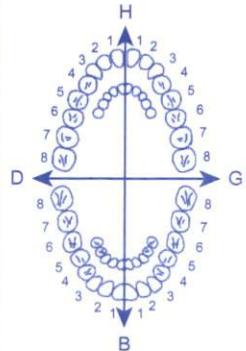
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

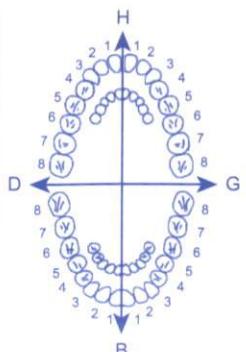
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552		COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
D	00000000 00000000		
G	00000000 00000000		
B	35533411 11433553		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires - Asthme et allergies
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés
Explorations Fonctionnelles Respiratoires



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

أمراض السلل - الأمراض المتعلقة بالنوم - إختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
diplôme Université Maladies Vasculaires Pulmonaires Chroniques
جامعة ساكلاري باريس

Pneumologie interventionnelle: EBUS TBNA - EBUS RADIAL. Heidelberg
Heidelberg - EBUS RADIAL - EBUS TBNA
16/12/2022

Casablanca, le

Mme RAHMOUNE Jamila

TEST CUTNAÉS : 600 DH

Dr. Hind JANAH
Pneumo-phtisiologue
404, Rés. Safaa, 3ème étage, Appt.N°15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 21 45 46 - 07 77 93 13 05 - drjanahhind@gmail.com

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires - Asthme et allergies
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés
Explorations Fonctionnelles Respiratoires



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السل - الأمراض المتعلقة بالنوم - إختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

Membre de la European Respiratory Society
Membre de la société Marocaine des Maladies Respiratoires
Membre de l'association Marocaine de Formation Continue en Allergologie

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
عضو في الجمعية المغربية للأمراض التنفسية
عضو في الجمعية المغربية أمافوركار

Casablanca, le ١٦ / ١٢ / ٢٠٢٢.

Dr. Hind JANAH

Tampon ♂ : -

Latex : -

Tampon ♀ : 6 mm.

Graminf. : -

AP : 8 mm

Cytos : -

AF : 4 mm

Bacilli : -

SOB : 2 mm

Tests urinaires : -

Urt : -

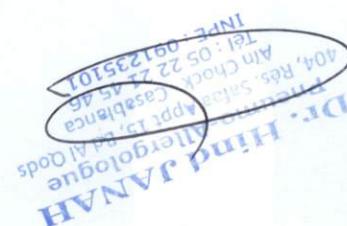
AP - AF : urine of a

Prurit : -

afegit & urinaire

Asthma Asthmata : -

Chloroquine : -



Asthma : -

rhinitis : -