

. ANTES A LIRE POUR ENTS ET EVITER LES REJETS

Condi

- 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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° M20- 0006335

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10220 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EZZAHAF Rachid

Date de naissance : 01/01/1972

Adresse :

Tél. : 0666263026 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEKHESSASSI Souad
Pneumo - Phthisiologie
318, Bd. El Hana Place Bouchenouf
Casablanca - Tél: 0522 43 16 16

Date de consultation : 30 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade : Hek EZZAHAF Sarime Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchopneumonie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :




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
30/01/2023	☺	☺	250.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/23	606.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

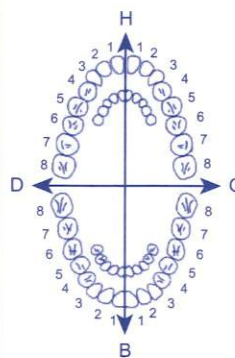
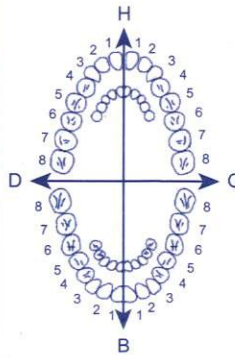
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																														
25533412	21433552																															
00000000	00000000																															
D																																
00000000	00000000																															
35533411	11433553																															
B																																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pneumo - Phtisiologue

- Maladies Respiratoires
- Asthme - Allergie Respiratoire
- Tuberculose
- Fibroscopie Bronchique
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire

D.U. de Pathologie Respiratoire

Professionnel

U. en M.



اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

- الأمراض التنفسية
- الربو (الضيقة) الحساسية التنفسية
- داء السل
- التنظير القصبي
- فحص الوظيفة التنفسية

الدبلوم الجامعي في الأمراض التنفسية
المهنية و البيئية

الدبلوم الجامعي في طب الشغل

Casablanca, le 13 JAN 2023 : الدار البيضاء في :

Mr EZZAHAF Sirine

79,00

- Hivermer Sirine

March 31

15,30
22 Ventoline

2 Bx 2 3/

234,00

- Budena spray Bronchique

88,00

2 Bx 2 3/5
Cortic

115,00

24/6 par rd 4 semaine
+ Advantix 2 pax 5 h matin

GlaxoSmithKline
Ain El
Region c



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

42506

606,60

BENHADIA Fadwa
Pharmacie du Metro
38, Av. Wahda Al Iftikha
Tél: 022 29 10 13

PPV: 88DH00
PER: 05/25
LOT: L1578