

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928

Société : 194983

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELABED HALIMA

reuve ossari

Date de naissance : 01.01.1958

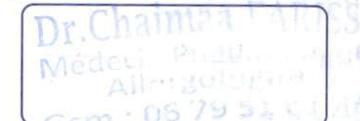
Adresse : Groupe K Rue 156 n° 18 Eloueffa - Casablanca

Tél. : 0667 2811 53

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09.01.2024

Nom et prénom du malade : BELABED HALIMA

Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

BRONCHITE AIGUE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

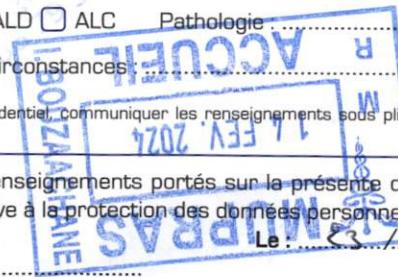
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : 03/01/2024

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 |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/01/2024      | CS                    | 3000DH                | uu.                             |  |
| 18/01/2024      | Contrôle Nebulisation | 1500DH                | uu.                             |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE WILAYA MONTOUWA<br>Doktor Zekri Adelati<br>Rue Oued Montouwa El Oufia<br>BP 0322.90.51.13<br>00971 | 09/01/24 | 376,90                |
|  | 18/01/24 | 173,42                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

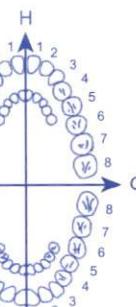
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 <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 COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                           |                           |  |  |
|  | H<br>25533412<br>00000000   | G<br>21433552<br>00000000 | D<br>00000000<br>35533411 | B<br>11433553<br>00000000                    | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | 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

# Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants



## الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
الفحص بالمنضار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي  
فحص اضطرابات النوم والشيخوخة  
المساعدة للإقلاع عن التدخين

Pneumophysiologie - Asthme et allergies  
Exploration Fonctionnelles Respiratoires  
Exploration du sommeil et ronflement  
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique

## ORDONNANCE

Casablanca le: 09/11/2024

Halima BELABED.

79.90  
+

Cuvaler 500



1/2 cuvee x 3/jour 38.000.

29.71.00

+

symbiort 200.



28 x 2 j/j 1 mois

FC 374.90

Dr. Chaimaa FARISSI  
Médecin Pneumologue  
Gsm: 06 79 51 61 45

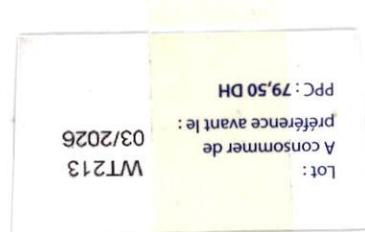
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220 222 El Oued Moulaya El Oulfa  
Casablanca Tel : 0522.90.51.13  
ICE : 002291220000971

Lotissement Messimi Lot.48, Appt. 3B 3ème étage, En face de Marjane Hay Hassani

Tél./Fix : 05 29 96 03 98 - GSM: 06 79 51 61 45 - E-mail: chaimaa.farissi@gmail.com

IF: 25285637 - ICE: 003226888000006

**SYNTHEMEDIC** O  
22 rue zoubier bno u al aquam roches  
noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
200/6 µg Pdr p unh  
Flacon de 120 doses  
10474 DMP/21/NOQ P.P.V: 297,00 DH  
6 118001 020706



# Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies  
Exploration Fonctionnelles Respiratoires  
Exploration du sommeil et ronflement  
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



## الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى والحساسية  
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسى - الربو والحساسية  
الفحص بالمنضار - قياسات وظائف الجهاز التنفسى  
فحص اضطرابات النوم والشخير  
المساعدة للإقلاع عن التدخين

## ORDONNANCE

Casablanca le: 18.01.2024

69,00 D<sup>o</sup> Dr. CHAIMAA  
64,54 D<sup>o</sup> Dr. CHAIMAA  
39,90 + Exomac s.  
T- 73,40

DEL ABED

1s

1s

1cp / j pendant 10 jours.

1cp / j pendant 3 jours.

Dr. Chaimaa FARISSI  
Médecin pneumologue  
Allergologue  
GSM : 06 79 51 61 45

Dr. CHAIMAA FARISSI  
Pneumologue et Allergologue  
GSM : 06 79 51 61 45  
Tél./Fix : 05 29 96 03 98 - GSM: 06 79 51 61 45 - E-mail: chaimaa.farissi@gmail.com  
IF: 25285637 - ICE: 003226888000006

**BioVanic 500 mg**  
5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

LOT : 23011  
PER : JUL 25  
PPV : 39 DH 90

**BioVanic 500 mg**  
5 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

LOT : M0997  
PER : 03/2025  
PPU : 64.50 DH

LOT : M0996  
PER : 03/2025  
PPU : 69.00 DH