

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 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



N° 16844

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001020

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4798 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FADHIL RMAOUI Date de naissance : 17.12.43
 Adresse : 18, Av. Hassan Seghir Cas. Anfa
 Tél. : 06.67.8.40.37 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

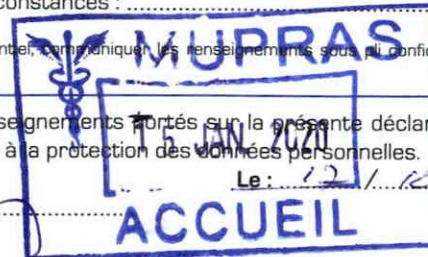
Dr. BELHOUSSE DRISSE Mohammed
 Pneumologue - Allergologue
 59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
 Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71
 mbelhoussinedrissi@gmail.com

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : FADHIL RMAOUI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, l'adhérent peut demander la protection des données personnelles 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 : 12/12/2018
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
17.12.19		02	300	

Dr. BELHOUSSE DRIS M. Mohamed
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 83
mbelhoussedris@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MARCHÉ CENTRAL 152, Bd Mohammed V - CASI Tél: 05 22 22 19 48	17/12/19	949.40

PHARMACIE DU MARCHÉ CENTRAL
152, Bd Mohammed V
Tél: 05 22 22 19 48

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.

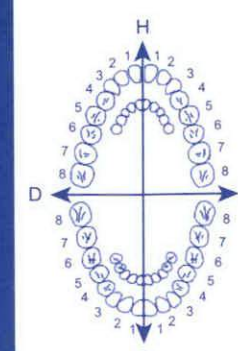
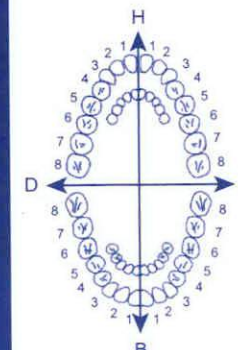
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMO-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Asthme - Tuberculose - Allergies Respiratoires
Spirométrie - Bronchoscopie
Pathologie du Sommeil - Ronflements
Sevrage Tabagique

59, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél. : 05.22.44.83.70
05.22.44.83.71
GSM : 06.61.15.68.72

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
أمراض الرئة - الضيقة - داء السل
أمراض الحساسية - أمراض الشخير

59، شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء

الهاتف ع : 05.22.44.83.70

05.22.44.83.71

الهاتف م : 05.61.15.68.72

Casablanca, le17/12/2019..... في الدار البيضاء

MR FADHIL RHAOUTI

- Symbicort turbuhaler 400/12 µg
1 bouffée matin et soir 3 mois se rincer la bouche après
- Effipred 20 mg
3 cp le matin pdt 4 jours

Dr. BELHOUSINE DRISSI Mohammed
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71
mbelhoussinedrissi@gmail.com

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al ouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdes p un
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21NRQ du P.P.V. : 297,00 DH
6 118001 020935

PGAL
MAY-19
AVR-21

Symbicort®
budesonide/
formoterol

8

Turbu
400/12
SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al ouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdes p un
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21NRQ du P.P.V. : 297,00 DH
6 118001 020935

PGAL
MAY-19
AVR-21

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir benou al ouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdes p un
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21NRQ du P.P.V. : 297,00 DH
6 118001 020935

PGAL
MAY-19
AVR-21

EFFIPRED®
20 Comprimés
effervescents 20 mg

6 118000 031369