

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.

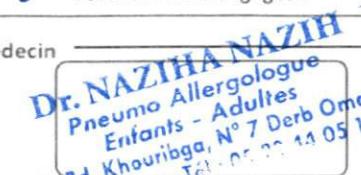
Dentaire :

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <i>11109</i>	Société : <i>RAN</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>JABBAR YOUNES</i>			
Date de naissance : <i>09-06-73</i>			
Adresse : <i> Rue 6 N° 31 Apt 27 Ragaia H.H</i>			
Tél. : <i>0661171128</i>		Total des frais engagés : <i>979,30</i> DHS	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="text-align: center;">  Dr. NAZIHA NAZIH Pneumo Allergologue Enfants - Adultes 8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar Casablanca - Tel. 05 22 11 05 16 </div>			
Date de consultation : <i>02 UCI 2019</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Jabbar YOUNES</i>			
Age: <i>12</i>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <i>Rhume allergique</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>Rhumat</i>			
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.			

11 OCT. 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 : *CASA ACCUEIL SIEGE* Le : *11/10/19*
 Signature de l'adhérent(e) : *Jabbar YOUNES*

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>	
					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>					
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ D & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array} $				
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
	DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession				
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				

- Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire ADULTES et ENFANTS.
- ALLERGOLOGUE.
- Spécialiste des maladies du sommeil et du ronflement.
- Spécialiste de l'handicap respiratoire.
- Spécialiste des techniques en pneumologie :
 - Exploration fonctionnelle respiratoire.
 - Endoscopie Bronchique.
 - Thoracoscopie.
- Spécialiste en sevrage tabagique

الدكتورة نزيحة نزيه شجاعدين

خريجة كلية الطب بباريس

- اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
صغار و كبار

- اختصاصية في أمراض الحساسية

- اختصاصية في إضطرابات النوم و الشخير

- اختصاصية في الإعاقات التنفسية المزمنة

- اختصاصية في الفحوصات التقنية
للجهاز التنفسى

• فحص الوظيفة التنفسية

• الكشف بالمنظار

- اختصاصية في الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

02 Juil 2018

Tabbari Mohamed -

MD'13

5845

Triflud 20 15 x 7,
ap 4/2 matin ap 2/4

38.4 =

Oedol 10 15 1B7
1 gel matin à jeûn x 7,

20.4 =

l'waline nasal

l'aphe 3811 x 7

453 =
x2

mentholine 15 mg
2 Baffes en cas de

gau' r'quialutin ??.

apls 71

190,00

x2

Aliquots (7,5)

(1B)

Iphelw 6 sei x 3ms

90,00

4 Zell 5 (7,5)

3228

Iphelw sei x 3ms

Symbicort 20

S.V

(1B)

Iphelw Temahin

Dr. NAZIHA NAZIH
Pneumo Allergologue
3, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar
Enfants - Adultes
Tél : 022.85.28.99

979,30

PHARMACIE MAZOLA
Mme. BENAZZOUE Ibtissan
N° 51 Rue de Mazola
Hay Hassani - Casablanca
Tél : 022.85.28.99

LOT 180680
EXP 12/2020
PPV 38.40 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soukien henn al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200 µg
Flacon de 120 doses
10414 DMP/21NQ PPV: 297.00 DH
6 118001 020706

JUIN-18
OCT-18
SEP-20

297,00

28 comprimés pelliculés
Dichlorhydrate de Levocetirizine
5 mg
Xyzal®

LOT 191576

EXP 06 2023

PPV 90.50

Aeromax®
Budésonide

LOT:0036N001
PER:01/2021
PPV:190,00 dh

LOT:0036M013
PER:06/2020
PPV:190,00 dh

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

GlaxoSmithKline
Ain El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

EFFIPRED® 20 mg
PPV 580DH40
EXP 04/2022
LOT 91015 5

LOT:

PER:

PPV:

29,40