

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie : N° S19-0001957

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11760 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHAYAT ADIL Date de naissance : 24/02/75

Adresse :

Tél. : 27 15 Total des frais engagés : 500 + 140.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur O. H. LARAQUI
ENFANTS ET ADULTES
Maladies Respiratoires et Allergique (Asthme)
RONFLEMENTS et Apnées Sommeil

Date de consultation : 06 NOV 2019

Nom et prénom du malade : KHAYAT ASMAE Age : 2009

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchopneumopathie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

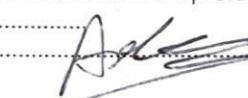
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Con

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/11/2019



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin effectuant le Paiement des Actes
10/6 NOV. 2019	Q2		3000	Docteur O.H. LARQUIN ENFANTS ET ADULTES Maladies Respiratoires et Allergiques (asthme) Renflements et Apnées Sommeil

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OUMNIA 439 Bd Abou Chouaib Doukkali Hay EL Farah casablanca Tel: 05 22 82 03 55	6/11/19	1160,400 Bd Abou Chouaib Hay EL Farah casablanca Tel: 05 22 82 03 55

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur O. H. LABAQUI ENFANTS ET ADULTES Maladies Respiratoires et Allergiques Bronchites et Apnées Sommeil	2013	10% Personne 2/2	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

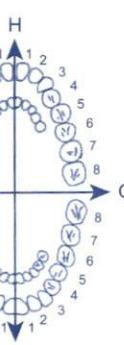
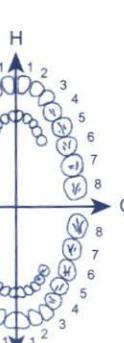
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p> 				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
				<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	35533411		11433553	B	H	
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
D		00000000																	
35533411		11433553																	
B	H																		
				(Création, remont, adjonction)															
				Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Docteur O.H. LARAQUI

Maladies Allergiques Respiratoires
Ronflement et Apnées du Sommeil
DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de la société de Pneumologie de Langue Française
Membre de la société Française d' Allergologie

Casablanca, le

06 NOV. 2019

M: P'enfant ASMAE
14h Ayaï

RECU ET COMPTE RENDU

Rx poumon de face : accentuation de la trame bronchique

Rx poumon Z₁₂ = 200 DHS
(Deux cents dirhams)

Docteur O. H. LARAQUI
ENFANTS ET ADULTES
Maladies Respiratoires et Allergiques (Asthme)
Ronflements et Apnées Sommeil

8, Bd Mohammed V, Casablanca- Tél/Fax: 05-22-44-55-84

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Enfants et Adultes

للكبار والصغار

Docteur O.H.LARAQUI

Maladies Allergiques respiratoires (Asthme)

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la Société Française d'Allergologie

الدكتور عمر العراقي

الامراض التنفسية والحساسية

الشخير وانقطاع التنفس خلال النوم

داء السل، إعاقة الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بباريس

PPV: 136,30 DH
LOT: 593951
PER: 09/20

06 NOV. 2019

L'enfant Asmae KHAYAT

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
ID: 633212
6 118001 142262

1 - Avamys

1s

1 pulvérisation par jour dans chaque narine le matin pendant 3 mois ; traitement à suivre jusqu'à nouvelle consultation

2 - Aler-Z sirop

1s

1 cuillère à café par jour le soir pendant 3 mois ; traitement à suivre jusqu'à nouvelle

3 - Augmentin 500 mg

1s

1 prise = 2 comprimés matin et soir pendant 8 jours

4 - Seretide 250 aérosol

1s

1 pulvérisation matin et soir pendant 3 mois toujours boire ou manger après utilisation ; traitement à suivre jusqu'à nouvelle consultation

5 - Predni 20 mg

1s

2 comprimés par jour en une seule prise après le repas de midi pendant 5 jours puis arrêt

6 - Ventoline

1s

2 pulvérisations jusqu'à 6 fois par jour en cas de toux, de crise ou avant effort

Régime pauvre en sel et en sucre pendant la cure de Predni

GlaxoSmithKline
Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

37,50

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

42,00