

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

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-537694

Mle: 12069

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : MSADEK HAMID Société : RAM (12069)

Matricule : MSADEK HAMID

Nom & Prénom : MSADEK HAMID

Date de naissance : 18/04/1977

Adresse : 57, rue 201, Hay 17, Abdelbaki

Tél : 06 60 40 16 10 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 19/05/2020

Nom et prénom du malade : M. Holfya Jawel Age : 36 ans

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, 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 : Casablanca Le : 19/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

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
19/05/2020		A _r	300,00	 Dr. Zouhair A. Al-Hadi Médecin Généraliste No. 12 - Al-Facimiyah Bagdad - Iraq

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Ministère ou du Fonctionnaire	Date	Montant de la Facture
	29/5/20	328,30

[illegible][illegible]

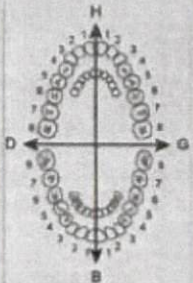

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	SKP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
Q.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>29533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>39533411</td> <td>11432553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		29533412	21432552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	39533411	11432553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	29533412	21432552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	39533411	11432553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de TCE.

SOINS DENTAIRES

Dents
Tractions

Nature of
Soils

Coefficient

DNP: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

ODF
PROTHESIS DENTURES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25832412

00000000

00000000

21

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS.

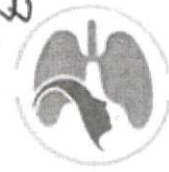
	DATE DU DEVIS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة تشخيص أمراض الجهاز التنفسي الحساسية و اضطرابات النوم البالغين-الاطفال
CABINET de PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE et exploration des troubles
du SOMMEIL Adultes et enfants



Dr Zineb Berrada ep Bettache
Spécialiste des Maladies Respiratoires

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DIU d'Imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca

الدكتورة زينب برادة
أخصائية أمراض الجهاز التنفسي و أمراض السمل

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكاوت

شهادة من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس
شهادات باريس بتي مالتريار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

19/05/2020

MME HALFYA NAWAL

Casablanca le :

- **Serum physiologique**
1 Lavage dans chaque narine matin midi et soir, pendant 10 jours
- **Rhinolaya Fort**
2 à 3 pulvérisations 2 à 3 fois/jour dans chaque narine pendant 10 jours
- **Nasonex 50 µg/dose - suspension pour pulvérisation nasale**
2 pulvérisations dans chaque narine, matin, pendant 5 jours
- **Zyrtec 10 mg - comprimé pelliculé sécable**
1 Comprimé, soir à la demande pendant 30 jours
- **Codalmine 500 mg/30 mg - comprimé**
1 Comprimé, matin et soir, après le repas pendant 5 jours

ZENITH PHARMA
PPC : 37,20 DH

RHINOLAYA FORT
Spray Nasal 50ml
Ut av : Jan/2022
Lot : 90324
PPC : 83,20 DH
MEDIPHO PHARMA

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation.
Flacon de 40 doses
P.P.V: 56,20 DH
Distribué par MSD Maroc

63,20

63,20

25,00

328,30

صيدلية دار الاداعة
PHARMACIE DAR AL IDAA
Dr IDRISSE Zineb
May Al Ousra II N° 161 Am Chock
Tél : 05 22 98 12 19

Dr Zineb Berrada
Spécialiste des Maladies Respiratoires
22 Bd Yacoub El Mansour, Res. Espace El Mansour, Bureau N° 27, Maârif, Casablanca - Tél : 05 22 98 12 19

22 bd Yacoub El Mansour, Res. Espace El Mansour, Bureau N° 27, Maârif, Casablanca - Tél : 05 22 98 12 19

27 شارع يعقوب المنصور، إقامة المنصور مكتب رقم 27
المعاريف، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 12 19