

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.

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.

Education :

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 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

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° W 19 - SS8819
39318

Maladie Dentaire Optique Au

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 1418 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HOUDEIR LATIF EN

Date de naissance : 15-06-1952

Adresse : 3 lots Hafid III ès Lauriers

Californie 45A

Tél. : 060 176 747 Total des frais engagés : 300,00 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/2020

Nom et prénom du malade : HOUDEIR Ammine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je (c) avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 28/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Houdeir

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du oratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

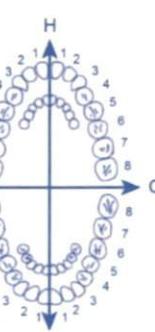
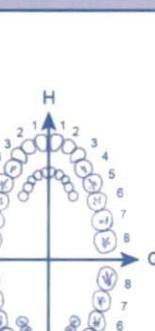
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$ \begin{array}{r} \begin{array}{r} H \\ 25533412 \\ 00000000 \\ 35533411 \end{array} \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ 00000000 \\ 11433553 \end{array} \end{array} \begin{array}{c} G \\ \hline B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

عيادة أمراض الصدر والحساسية

CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE RESPIRATOIRE

Docteur M. ZIZI

Titulaire du CES de Pneumo-Phthisiologie
de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société de Pneumologie
de Langue Française

Membre de la Société Française d'Allergologie

Lauréat et Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme - Allergies

Troubles Respiratoires du Sommeil (Ronflement)

E.F.R. Tests Allergologiques

Fibroscopie Bronchique

Expert assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور محمد الزيزي

خريج ممتاز من كلية الطب بباريس
حاائز على شهادة أمراض الجهاز التنفسى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الصدر والحساسية

طبيب سابقًا في مستشفيات باريس

45. محج الحسن الثاني - الدار البيضاء

الهاتف: 0522 22 10 94

الفاكس: 0522 22 13 94

خبرير ملحق لدى المحاكم

Casablanca, le 72 الدار البيضاء، في

Site Web : cabinetdrzizi.com
HOUDEIR AMINA

P 64 Kg TA 130/80



107.40

1) Nasacort
1 pulvérisation nasale matin et soir

90.50

2) Xyzall5
1c le soir au coucher

40.90

3) Anapred 20
1 c matin et soir pendant 03j

238.80

Traitement pour 10 j à ne renouveler que sur avis médical

-CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGIES RESPIRATOIRES

DOCTEUR ZIZI: MEMBRE DE LA SOCIETE FRANCAISE D'ALLERGOLOGIE

Dr. Zizi

BILAN ALLERGOLOGIQUE

NOM: *Dr. Zizi*
PRENOM: *Amine*
PROFESSION: *docteur*
ADRESSE: *45, Av Hassan II - Casablanca - Maroc*

Née le: _____
SEXE: _____

HABITAT

**ANTECEDENTS PERSONNELS
ALLERGIQUES**

Aération:	I Rhinite:
Moquette:	I Ashme:
Tapis:	I Eczéma:
Chat:	I Urticaire:
Chien:	I Allergie Médicamenteuse:
Oiseaux:	I Toux spasmodique
	Oppression thoracique
Plantes:	I
Tabagisme Actif	I
Tabagisme passif	I ANTECEDENTS FAMILIAUX
	I
	I

AUTRES: _____

AGE DE DEBUT

SCORE

Eternuements
Ecoulement
Obstruction
Prurit
Odorat

DEBIT DE POINTE

TESTS CUTANES

- Témoin négatif	Dermatopté <input checked="" type="checkbox"/>	Moisisseurs I <input checked="" type="checkbox"/>	5 Graminées <input checked="" type="checkbox"/>
- Témoin positif	D farinæ	Moisisseurs II <input type="checkbox"/>	4 Céréales <input type="checkbox"/>
- Poussière de maison	Chat	" III	Arbres
- Plume	Chien	" IV	Olivier
		Candida	

CONCLUSION

ALLERGIE AUX POUSSIERES ET ACARIENS

*Docteur M. ZIZI
Ancien Interné des Hôpitaux de Paris
PNEUMOLOGIE
RESPPIATOIRES
45, Av Hassan II - Casablanca - Maroc
Tél: 0522 22 10 94 - 0522 22 13 98*