

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

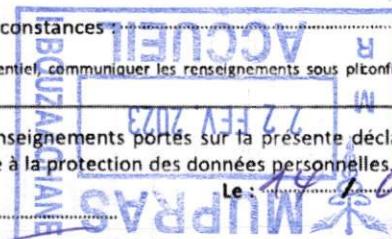
N° W21-682118

150560

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1307	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KOUAME MOHTAR
Nom & Prénom : FATIMA HARTIS			
Date de naissance :	01/01/54		
Adresse :	23 lot MARTANA Sidi MAAROUF		
Tél. :	0667341983	Total des frais engagés :	895,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Docteur EKED Abdellah Pneumologue 355, Boulevard Ziaoui Casa Tél. 05 22 29 01 79/80
	Cachet du médecin :
	Date de consultation : 14/08/2023
	Nom et prénom du malade : Hafsa Fatima
	Age: 67
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : Affection Pulmonaire
	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 : CASA Le : 14/08/2023
Signature de l'adhérent(e) : *Hafsa Fatima*



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

Docteur FIKRI Abdelghani

الدكتور فكري عبد القوي

Diplômé d'Etudes Spéciales
de Pneumophthisiologie (PARIS)

اختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسى
كلية الطب بباريس

Certificat d'Endoscopie Bronchique

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

Membre de la Société de
Pneumologie de Langue Française

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسى وأمراض الرئة

14.02.2023

Casablanca, le

Mme HARIS Fatima



1 SERETIDE DISKUS 250 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 28unid+distrib
2 boites
1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois. se rincer la bouche après

2 OEDES 20 MG

Prendre 1 gélule par jour, pendant 28 jours.

Docteur FIKRI Abdelghani



Docteur FIKRI Abdelghani
Pneumologue
355 Bd Ziraoui - Casablanca
Tél : 05 22 29 91 79 / 80



LOT 20194
EXP 9/2024
PPV 99.00 DH



355, Bd. Ziraoui - Casablanca Tél. : C.: 0522 29 91 79/80 - هاتف العيادة :

E-mail. : a.fikripneumo@hotmail.com