

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.

Adresses Mails utiles

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2528

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHATOUI Bouchta

1570905

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : And 20 Kheir quartier ISARA Rue 8 0⁰09

Ain chocke CASABLANCA

Tél. : 06.048052107 Total des frais engagés : 888.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10.07.2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0022321

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE 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
01/07/23	S		3000 DH	

~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. BOEUF 13-04-98	10/07/23	388,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. MOUSTARIH EL IDRISI AMAL Pneumo Radiologue 1er Etage Bd. laziz N°3 Ifara 2 Ain Chock - Casablanca Tél.: 05 22 52 19 01	16/07/23	Rad. J. TAC AX	200DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8, with 1 at the top and 8 at the bottom. Each tooth is accompanied by a symbol representing a specific dental condition or treatment:

- Top Left Quadrant:** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a 'P'.
- Top Right Quadrant:** Teeth 1-4 are marked with a circle containing a 'Y'.
- Bottom Left Quadrant:** Teeth 5-8 are marked with a circle containing a 'Y'.
- Bottom Right Quadrant:** Teeth 5-8 are marked with a circle containing a 'P'.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUSTARHFIR EL IDRISI AMAL

**spécialiste des maladies
respiratoires**



د. المستغفر الإدريسي أمال

**الخصائية في أمراض
الجهاز التنفسى**

Asthme - Tuberculose - Allergie

Bronchoscopie

Tests cutanés - EFR (spirométrie)

Pathologie du sommeil

الضيق - السلس - الحساسية

الفحص بالمنظار

فحص وظائف الرئة

أمراض النوم

اختبار الحساسية

Casa Le : 10/07/2023 الدار البيضاء

Boutefchaoui

1/ Leglos سه س : S.V ١٤٥
١٨١٠٥ دعافل اس اس رجاء

LOT : 3711
PER : 04 - 26
P.P.V : 111 DH 00

2/ Défaux سه س : S.V ٩٢٤٠
٣٩٦٧ راتي فالس

PPV: 92,40 DH

LOT: GB21589
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

> ١ سفل عدوى س : S.V (د ٤٥)
١٨٥.٥٣ ٢B-0 - ٢B (د ٤٥)

صيدلية مولاي عبد الله
HARMACIE MY ABDELLAH
زنقة 300 رقم 98 عين الشق
(مستشفى محمد السادس)
الهاتف: 05.22.21.73.64.

Dr. MOUSTARHFIR EL IDRISI AMAL
Pneumo Physiologiste
1er Etage Bd Taza N° 3 Inara 2
Ain Chock - Casablanca
Tel.: 05 22 21 19 01

الطابق الأول، شارع تازة، الرقم 3، إتارة 2، عين الشق - الدار البيضاء

1er Etage, Bd Taza N° 3 Inara 2, Ain chock Casablanca

Tél.: +212 522 521 901 / Gsm : +212 663 407 724 / E-mail : a.elidrissim@yahoo.fr

Dr. MOUSTARHFIR EL IDRISI AMAL
Pneumologue
1er Etage Bd Taza N°3 Inara 2
Ain Chock - Casablanca
Tél: 06 22 52 19 01

Docteur Moustarhfir EL Idrissi Amal

Pneumologue

Bd Taza N°3, Inara 2, Ain Chock, Casablanca

Casablanca, Le

Facture, Compte rendu de la Radiographie du Thorax

Mr, Mme, Mlle CHATOUÏ Bouchta

A subi une radiographie du thorax ce jour et a payé : deux cent dirhams (200 Dirhams)

Résultat : Bisturis rhachipaque