

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W19-471500

55ub^o

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8114	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GRICOU ABDELLAHITI M			
Date de naissance : 03.10.61 1963			
Adresse : HOTEL LY THAMI Rue 3 NE 43 EL aellouas			
Tél. : 0661372245 Total des frais engagés : 1000 DHS			
Dr. AMRANI BENCHI SAIDA Pneumo-antibio Résidencie RUE 45A 250+205=455 ANCA RDC - CASA 05 22 29 02 22 Tél : 05 22 29 02 22			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/10/2021			
Nom et prénom du malade : GRICOU Abdellah			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection expiratoire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 Signature de l'adhérent(e) : WATI

Le : 04/10/2021

Age:

ACCUEIL

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
07/01/2021		5	255000	INP : 109 1000000000 Dr. AMRANI HENNA Pneum-Pédiatrie et Allergologie Centre Médical de Casablanca, GH25A Casablanca - 22 88 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur SAMI ALI 87, angle Bd. Oued Sebou et Rue 150, El Oulemia CASABLANCA	b7, al 24	206,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
AMRANI HASSAN neumo radiologue et résident en médecine d'urgence et de réanimation à CASABLANCA RDV : Le 02/02/2021	02/02/2021	RH 200	150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 l'ODF.

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

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - ptysiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef

الدكتورة سعيدة حنفي مهندس
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
الضيق، داء السل
كبار وأطفال طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف



Casablanca, le 07.01.2021 الدار البيضاء، في

M^r. GRIDOU

Abderrahim

PPV: 98DH00
PER: 05-23
LOT: J1460

98,-

①

Zelmet 50 mg

5.1

1st + 2nd + 6g

37,00

37,-

Durabekan

37,00

41,50

Sorell

41,50

reptair x 15

PPV 41DH50
PER 06/22
LOT J1834-2

LYS PHARM SARL AU
687, Angle Bd. Oued S'ebou
et Rue El Firdaus
F CASABLANCA
Tél: 05 22 89 50 09 - Tél/Fax: 05 22 90 88 00

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Physiologue et Allergologue
Assistante Firdaous GH25A
RDC ACASABLANCA
Tél: 05 22 89 22 02

LOT 200709
EXP 01/2023
PPV 30.00DH

شارع أم الربيع - إقامة الفردوس - مجموعة هـ 25 - الطابق السفلي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 02 02

Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H 25 A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose Bilan Allergologique et explorations respiratoires

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة حمراني حنتي سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسى
الضيقية ، داء السلس
تحليلات الحساسية والتنفس

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le :

Nom & Prénom :

02.01.2021
Sriw Adheralin

TELETHORAX

Interprétation :

- Pas d'anomalie Parenchymateuse
 - Pas d'anomalie mediastinale ni

Squelettique

 - Culs de sacs libres
 - Silhouette cardiaque normale

Dr. AMRANI HENCI SAIDA
Pneumo-?nictiologue et Allergologue
Résidence Firdaus, GH25A
ADD : CASABLANCA
TEL : 05 22 88 02 02

Honoraires : Z12

150 DM