

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.

N° W21-605454

57500

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

2406

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KADRI HASSANI NAJIB

Date de naissance :

12-02-53

Adresse :

Tél. : 0662 256841

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid TICHAOUIH
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
13, Rue Aïn Taoujoute - Casablanca
Tél. : 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

29 JAN 2021

Cachet du médecin :

Date de consultation :

01/01/2021

Nom et prénom du malade :

Kadri Hassani Najib

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pneumonie

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 :

CAEA

Le : 20-01-2021

Signature de l'adhérent(e) :

SV

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
20 JAN 2021	✓	✓	✓	091078857
				Dr. Rachid INCHAOUH Spécialiste des Maladies

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Capacité du Pharmacien du distributeur	Date	Tel.: 0522 44 68 94 - 0522 20 47 40 Montant de la Facture
PHARMACIE CALIFORNIE ALI ALAMI Docteur en Pharmacie 435, Bd. Panorama Casablanca	20/11/21	2743.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	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 PROTHESSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		G	00000000	00000000													
B		35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Dr. Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires

Diplômé de la Faculté de médecine
de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

خريج كلية الطب بتولوز

الضيقه - السلس - الحساسية

Mr KADRI HASSANI Najib

20.01.2021

843.00 V3

Casablanca Le :

1 ULTIBRO

1 le matin, pendant 3 mois.

2 SERETIDE 250 µg/25 µg/dose susp p inhal : Fl/120doses

1 Bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois.

218.00

(218.00)

Dr Rachid INCHAOUH



Dr. Rachid INCHAOUH
Spécialiste des maladies
Respiratoires

13 Rue Ain Taouikate Casablanca
Tél : 0522 48 08 94 - 0522 20 77 40

NOVARTIS
PPV : 843,00 DH



NOVARTIS
PPV : 843,00 DH



PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca . Tel: 0522 52.19.99

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 218,00 DH
ID : 645373
6 118001 111876

NOVARTIS
PPV : 843,00 DH



13 زنقة عين سبخطات - إقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر)
résidence Iliass 1er Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca
Tél.: 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40
الهاتف:

valable 3 mois

Le **12 JAN 2021**

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Rachid TAHAOUI
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
Casablanca
13, Rue Ain Tamra
48 08 94 - 0522 20 47 40

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KADRI Hanan Nafy

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

de 3 mois renouvelable.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)