

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-607200

58134

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7281	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABOUCHANE EL MOSTAFA .			
Date de naissance : 26-02-1968			
Adresse : 101 VIOLETTE RUE 2 N° 87, CALIFORNIE, CASABLANCA .			
Tél. : 06-61-14-30-83 Total des frais engagés : Dhs			
<p>Dr. Abdellah CHADLI Praticien 10, Rue de la Poste Casablanca 05 22 20 45 45</p> <p>Cachet du médecin :</p>			
<p>Date de consultation : 04/11/2021</p> <p>Nom et prénom du malade : ABOUCHANE SABRINE 44 ANS</p> <p>Lien de parenté : Fille Lui-même Conjoint Enfant</p> <p>Nature de la maladie : Allergie 02 FEV. 2021</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Aucun</p> <p>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.</p>			

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 Le : 01/02/2021

Si : *[Signature]*

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
11/11/2011	Consultation	1	250	INFORMATIQUE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INPE	05/11/10	€ 100,70

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

### VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DÉBUT D'EXÉCUTION																	
				FIN D'EXÉCUTION																	
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
						<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B	
						H															
						25533412	21433552														
						00000000	00000000														
						D															
						G															
						B															
						MONTANTS DES SOINS															
						DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXÉCUTION																					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																					

Dr. CHADLI



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى  
Spécialiste en Pneumophysiologie

الدكتور عبد العزيز الشادلي  
DR. ABDELAZIZ CHADLI



04/11/2020

ABOUCHANE SABRINE

خريج كلية الطب باميان (فرنسا)  
طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا  
أمراض الرئة، الحساسية، الصبيحة (الرئي) والسل  
فحص الوضعية التنفسية-تحليل الحساسية  
الفحص بالأشعة التخدير القصبي.

Diplômé de la Faculté de Médecine  
d'Amiens FRANCE - Ancien Interne  
des Hôpitaux de France

Maladies Respiratoires, Tuberculose

Asthme, Allergie Respiratoire

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

Test cutané Allergique

Radiographie Pulmonaire - Bronchoscopie

100 x 3 / 300

83.90

Ozen 10 mg

X 3 / 251.20

1 comprimé le soir pendant 3 Mois

Metanaz



1 Gouttes le matin et le soir pendant 3 Mois

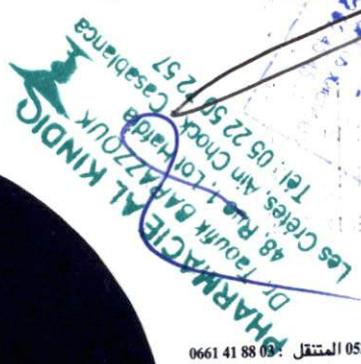
Saflu 125

100 x 3 / 300

2 inhalations le matin et le soir, pendant 3 Mois



100 x 2



ORDONNANCE

16 شارع العزام الكبير، تجزئة نادية، الطابق 2،ucci المحمدى الهاتف 45 0522 62 45 45 المتنقل : 0661 41 88 03  
16, Bd. Grande Ceinture, Résidence Nadia, 2ème Etage - H. Mohammadi - Tél: 0522 62 45 45 - GSM: 0661 41 88 03

LOT: GB00544  
PER: 03/2023  
PPV: 140 DH 00

LOT: GA00608  
PER: 06/2022  
PPV: 110 DH 00

LOT: GB00544  
PER: 03/2023  
PPV: 140 DH 00

LOT: GB00544  
PER: 03/2023  
PPV: 140 DH 00

LOT: GA00608  
PER: 06/2022  
PPV: 110 DH 00

LOT: GA00321  
PER: 03/2022  
PPV: 110 DH 00

LOT: 181555  
UT AV: 10/2022  
PPV: 83,900 DH

LOT: 181555  
UT AV: 10/2021  
PPV: 83,900 DH

LOT: 181482  
UT AV: 09/2021  
PPV: 83,900 DH