

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation | : 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-716140

120936

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : Ram	
Matricule : 1307	Actif	Pensionné(e)	Autre :
Nom & Prénom : KOUAME		MOKHTAR	
Date de naissance : 01/01/54		Adresse : 23 Lot MANSANA Sidi MAAROUF CASABLANCA	
Tél. : 067341983		Total des frais engagés : 629,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	Docteur FIKRI Abdellah Pneumologue 355, Boulevard Ziroudi Casab Tél. 05 22 20 81 78/80		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21/06/2022			
Nom et prénom du malade : HANIS Fatima	Age : 68ans		
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 : 20/06

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/06/2022

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin assistant et le Prénom des Actes
21/06/89	C.2		300	091065284
				Docteur FATHI Abdelghani
				Pneumologue
				Ziraoui

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachez du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SOLURANE INT'L B2 N°1 Maarouf Casablanca 0522 584 777	21/06/22	329.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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.

Docteur FIKRI Abdelghani

الدكتور فكري عبد الغني

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

21.06.2022

Casablanca, le

Mme HARIS Fatima

1 AZIX 500 MG

Prendre 1 comprimé r pendant 3 jours.

2 MIFLASONE 400 µ

1 gélule le matin

3 EFFIPRED 20 MG

2 comprimés le matin ap

4 BRONCHOLIBER

1càc matin midi et soir



Docteur FIKRI Abdelghani

Doctor FIKRI Abdelghani
Pneumologist
355 Bd Ziraoui Casablanca
Tel : 05 22 29 31 79 / 80