

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

- 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.

N° W21-767605

245838

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11141

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAROUSSIE MOUNA

Date de naissance : 12.12.71

Adresse : Rue Allal Ben Abdellah

DANFA

Tél. 066873636

Total des frais engagés : 681.30 Dhs

DR. ANWAR Mohamed Ali

Spécialiste DES MALADIES RESPIRATOIRES
Rés. ANNASA, Bd. Mohamed VI,
GHB, App. 1 - Casablanca
Tél.: 022.80.13.13

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 2011/2012

Date de consultation : 19/11/2012

Nom et prénom du malade : Mouna BAROUSSIE MOUNA

Age : 38

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : JUNX + Moudane pendo - fièvre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous préconfidentialité à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

DR. ANWAR Mohamed Ali

Spécialiste DES MALADIES RESPIRATOIRES
Rés. ANNASA, Bd. Mohamed VI,
GHB, App. 1 - Casablanca
Tél.: 022.80.13.13

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 : 18.12.2012

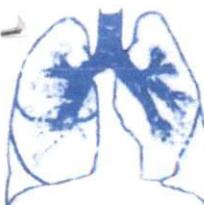
Signature de l'adhérent(e) :

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
		INP : <input type="checkbox"/>																				
		Coefficient des travaux 																				
		Montants des soins 																				
		Début d'exécution 																				
		Fin d'exécution 																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
		Coefficient des travaux 																				
		Montants des soins 																				
		Date du devis 																				
		Date de l'exécution 																				

ORDONNANCE

Dr Anwar Mohamed Ali

Ex. Chef de Service de Pneumophysiologie
 Spécialiste de l'appareil respiratoire
 Tuberculose - Asthme - Allergie
 Sevrage tabagique
 Exploration fonctionnelle respiratoire
 Endoscopie bronchique
 Tests d'Allergie
 sur rendez-vous



للدكتور أنوار محمد علي

رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسى سابق

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

الربو (الضيق)، الحساسية، السل

الإدمان من التدخين

فحص الوظيفة التنفسية، التلقيح القصبي

تحليل الحساسية

بالموعد

Casablanca, le 19/12/2022 الدار البيضاء، في

Mme BAMOUSSE Mouna

95,00

1 - EFLOXIN

79,70 +
1 cp par jour pendant 7 jours.

2 - Zithromax cp 500 mg N°2

1 cp à J1 puis 1/2 cp de J2 à J7

3 - Vita C 1000

1 cp x 2 par jour pendant 7 jours

4 - ZINASKIN 45 mg

1 cp efferv. x2 par jour x 7 jours

5 - D-CURE FORTE

1 Ampoule Buvable en une seule prise.

6 - Enrouex (Sirop)

2 càc x 3/j.



Dr. ANWAR Mohamed Ali
 SPECIALISTE DES MALADIES RESPIRATOIRES
 Rés. ANNASRA Bd. Mohamed VI,
 GH8 Appt. 1, Casablanca
 Tel.: 022.80.13.13

AM avec B. Sf.

②

07 2024 Z P.P.V.
LOT N°: G J 8591 79 70

UT.AV.: 07 2024 Z P.P.V.
LOT N°: G J 8591 79 70

Lot: 1
PPV: 1
Exp: 02/2027
LOT : 220190
EXP : 02/2027
PPV : 95,00 DH

Vita C 1000®

PPV 26DH90 EXP 07/2025
LOT 2803 ?

3

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 07/2024
LOT 15038 31
20 comprimés effervescents

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

6
LOT 101421/FC32
PER 02/2025
PPC 59,50

