

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5340

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MOUNA RID BOUCHAIB

Date de naissance :

8-10-1953

Adresse :

0663517268

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMRANI HENNA SAIDA  
Pneumo-Phthisiologue et Allergologue  
Résidence Fineapple, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél. 05 22 89 02 88

Date de consultation :

06.02.2023

Nom et prénom du malade :

MOUNA RID BOUCHAIB Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection respiratoire

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 :

Le : 1/1/2023

Signature de l'adhérent(e) :





### 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
06.02.03	G		250DH	DIN : 091022590 DR. AMRANI HENCHI SAÏD Pneumo Phtisiologue et Allergologue Résidence EL MANSOUR, GHETTAO RDC - CASABLANCA Tél : 05.22.89.62.93

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMALI 83, Angle des Rues 11 et 18 Sidi El Khadir Tél : 05.22.89.62.93	06/02/03	1021,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

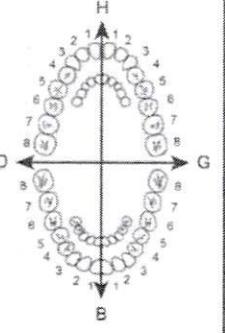
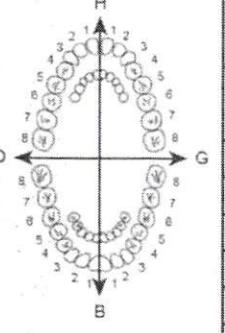
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	00000000	G	B	00000000 35533411		
H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553										
D	00000000	G										
B	00000000 35533411											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>										
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>									

## Docteur AMRANI HENCHÌ SAIDA

Pneumo- phthisiologues  
Maladies Respiratoires et Allergiques  
Asthme, Rhinite, Tuberculose  
**Adultes et Enfants**  
Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة سعيد حمدى عمران  
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى  
الضيقه، داء السل  
كبار وأطفال  
عيادة ساقية بالمستشفى الجامعى ابن رشيد  
ومستشفى مولاي يوسف

الدارالسضاء ٢٣-٢٢-٠٢-٩٦ Casablanca, le

M. B. med Ahd  
843.00  
① 40 boxes  
16.30 x 2  
② 40 boxes  
287.80  
③ 2 boxes  
87.80  
1021.40

PHARMACIE SEMALI  
Boulevard des Rues  
83, Angle des Rues  
Tal : 05.22.89.62.93  
ET KHADIR

شارع أم الربيع - إقامة الفردوس - مجموعة هـ 25 - الطابق السفلي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 02 02  
Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H25A, Rez de chaussée- Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02

**ULTIBRO®BREEZHALER®**

110 µg/50 µg

Poudre pour inhalation

en gélule. Boîte de 30.

PPV : 843 DH



6 118001 031481

Lot

E H 6 T

EXP

09 2024

PPV

45,30 DH

Lot

E H 6 T

EXP

09 2024

PPV

45,30 DH

87,80