

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 Meils 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.

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° M21- 062130

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01663 Société : RAM 164273

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : M. RAMI Mohammed

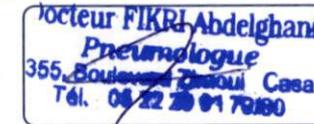
Date de naissance : 07.01.49

Adresse : Residence Tazarine n° 11 4ème étage n° 8 Quartier des Hopitaux CASA

Tél. : 0661572547 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2023

Nom et prénom du malade : Rami Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Pulmonaire C. NINIA

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 : Casa 01/06/23 Le : 01/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
01/06/23	C2		300	Docteur FIKRI Abdelgha Pneumologue 355, Boulevard Ziraoui Casa Tél. 06 22 20 01 79/80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/23	535.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur FIKRI Abdelgha Pneumologue 355, Boulevard Ziraoui Casa Tél. 06 22 20 01 79/80	01/06/23	Z12	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FIKRI Abdelghani

Diplômé d'Etudes Spéciales
de Pneumophtisiologie (PARIS)

Certificat d'Endoscopie Bronchique

Membre de la Société de
Pneumologie de Langue Française

الدكتور فكري عبد الغني

اختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسي
كلية الطب بباريس

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

01.06.2023

Casablanca, le

Mr RAMI Mohammed

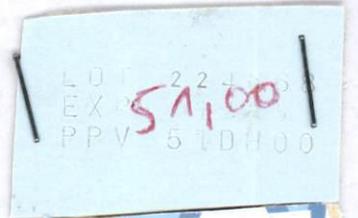
484.00
1 ONBREZ (INDACATEROL) 150

Prendre 1 capsule par jour, pendant 1 mois.

2 BRONCHOLIBER

51.00
1càc matin midi et soir

Docteur FIKRI Abdelghani



Pharmacie ILLAS
Docteur FIKRI Abdelghani
Pneumologue - Caca
355, Bd Ziraoui - Cas
Tél : 05 22 29 91 79 / 80

Pharmacie ILLAS
4 bis, Rue Roumouf / Bd Abdoumoumen
Marché des Halles - Casablanca
Tél / Fax : 0522 27 65 80

Docteur FIKRI Abdelghani

Diplômé d'Etudes Spéciales
de Pneumophtisilogie (PARIS)

Certificat d'Endoscopie Bronchique

Membre de la Société de
Pneumologie de Langue Française

الدكتور فكري عبد الغني

اختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسي
كلية الطب بباريس

مختص بفحص القصبات الزنوية بالمجواف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

1 Juin 2023

Casablanca, le

Compte-rendu radiographie pulmonaire

de : Monsieur RAMI Mohammed

Silhouette cardiomédiastinale= bombement aorte descendante

Cul de sac costo-diaphragmatique = libres

Paroi thoracique = ras

Parenchyme pulmonaire= cicatrice apicale gauche.


Docteur FIKRI Abdelghani
Pneumologue
355, Bd Ziraoui - Casa
Tél : 05 22 29 91 79 / 80

Date : 01/06/2023

Facture n° : 911

Nom : RAMI

Prénom : Mehamed

~~Docteur FIKRI Abdelghani
Pneumologue
355, Boulevard Ziraoui - Casa
Tel : 38 22 29 01 79/80~~

Consultation C2 : 300

RX Z12 : 200

~~EFR K30 :~~

~~Nébulisation+O2+ventoline :~~

~~Pléthysmographie K72 :~~

~~Biopsie pleurale+évacuation :~~

~~Testes cutanés 2K15 :~~