

# 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.

M22- 0025753

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]  
Matricule : **1654**

Société : **171389**

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BOUDOU FAROUK**

Date de naissance : **02/09/51**

Adresse : **8 impasse TAHIA HOUCINE GAUTHIER CASA**

Tél. **0661411094** Total des frais engagés : **1884,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31/4/2023**

Nom et prénom du malade : **BOUDOU FAROUK** Age : **72 ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **B.P.C.U**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  Pathologie

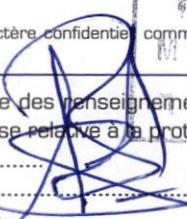
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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** Le : **31/07/23**

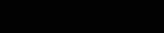
Signature de l'adhérent(e) :

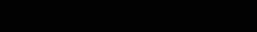


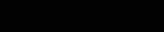


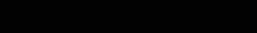


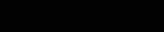


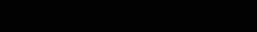












#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/04/2023	Ces		300.04	PROFESSEUR Abdelaziz Pneumologue de la Casablanca GSM: 06035121

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE CAMILLE SARLAU</b> 29, Avenue Hassane Soukhan Casab'area T.P : 35553688 - RC : 521287 N° 002831126000060 15% ET 7%	31/07/2013	1684.70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF.

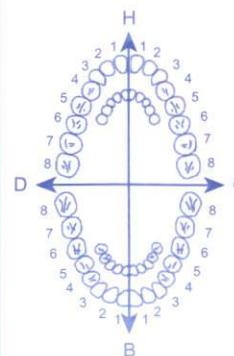
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [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

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد الهزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

ومستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية تحاليل الحراريّة العلاج المناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص التدخين عن التدخين

Casablanca, le : .....

31/07/2023

BOUDOU FAROUK

248,00x2

• Seretide diskus 250µg/50µg

1 dose, matin, soir, pendant 2 mois

522,00x2

• Spiriva 18 µg

1 gélule, soir, pendant 2 mois

110,2

• metanaz

1 pulvérisation, matin, soir, pendant 2 mois

34,70

• Zepam 6 mg

1/2 comprimé, soir, pendant 2 mois

1684.70



PHARMACIE CAMILLE SARLAU  
29, Avenue Hassan II  
Casablanca  
ICE: 35553688 - RC: 521287  
Tél: 002831126000066



Professeur  
Abdelaziz AICHANE  
Pneumo-Allergologie  
40, Rue des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 05 22 203 03 / GSM: 06 51 72 82 00  
INPE: 091035121

40، شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبلة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux, 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

6 118001 040216  
SPIRIVA 18 µg (Tiotropium)  
Poudre pour Inhalation  
30 gélules + Inhalateur Handihaler  
BOTTU S.A. PPV: 522 DH 00  
68696-05

6 118001 040216  
SPIRIVA 18 µg (Tiotropium)  
Poudre pour Inhalation  
30 gélules + Inhalateur Handihaler  
BOTTU S.A. PPV: 522 DH 00  
68696-05



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 248,00 DH  
ID: 650590  
6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 248,00 DH  
ID: 650590  
6 118001 141104

PPV: 34DH70  
PER: 01/26  
LOT: M198

LOT: GA20441  
PER: 05/2024  
PPV: 110 DH 00

Eliot