

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

189729

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05140**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BARRANE HAMID**

Date de naissance : **31/05/63**

Adresse : **27 Rue Souk SENTANE Hamid Casablanca**

Tél. : **05 98 73 90 4**

Total des frais engagés : **300 + 890 Dhs**

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/01/2023**

Nom et prénom du malade : **BARRANE HAMID**

Age : **60**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Pr maladie aigüe**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **BOZAACHA**

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 : **08 JAN 2024**

Le : **08/01/24**

Signature de l'adhérent(e) : **BOZAACHA**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1/2/19/23	C3	0	300DH	Pr. Abdelaziz BAKHTAR Pneumo-Physiologue Allergiste 16, Bd. Abdellatif Ben Attia, Angle Bd. Anouar Anouar Capital Center 1er Etage N°5 Télé: (212) 522 99 68 24

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 M. HOUOT D'ESQUADRADA 240, Bd Bégin, 93170 Levallois-Perret Tél. 01 48 57 00 57	12/12/23	890,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">C</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	C		35533411	11433553
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
C																
35533411	11433553															

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

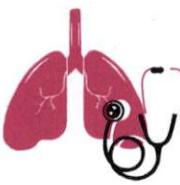
VISA ET GAGNET DU PRATICIEN INTERNAUTE ET DU PROFESSIONNEL

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

العمق بمستشفى بوجون، باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

Casablanca, le الدار البيضاء، في

12.12.2023

Mr BARRANE HAMID

AS

358,00

x 39W55

1 - SERETIDE DISKUS 500 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 60unid+distrib

Prendre 1 bouffée le matin et le soir, pendant 1 mois. Boire un grand verre d'eau
après

2 - LEFLOX 500

AS

79,30

1 par jour, pendant 5 jours.

3 - KINTEX SIROP

AS

55,00

1 le matin, à midi et le soir, pendant 6 jours.

4 - BEROCCA C

AS

99,00

1 le matin, pendant 10 jours.

5 - BIPRETERAX 10 mg/2,5 mg cp pellic : Pilul/30

AS

PPC:55,00 DH

Formulation à base de

1/2 par jour, pendant 3 mois.

159,50 x 2

T = 890,30

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phthisiologue Allergologue
416, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er étage N°5
Casablanca - Tel: (212) 522 99 66 24

Bipreterax®

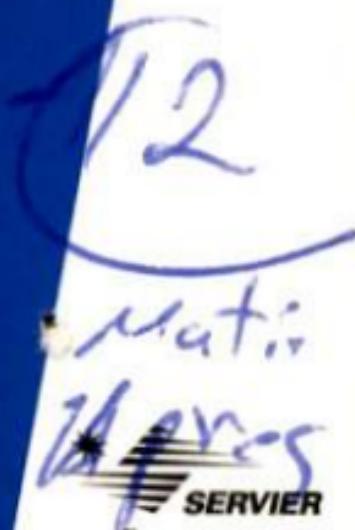
Arginine 10mg / 2,5mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



159,50

Bipreterax®

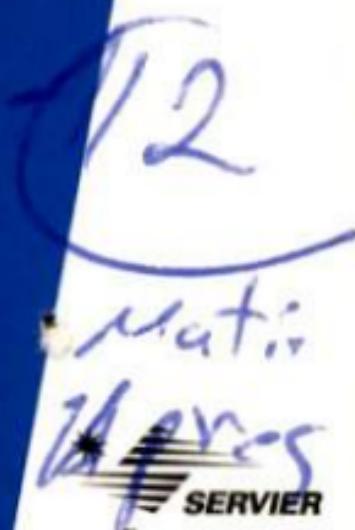
Arginine 10mg / 2,5mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



159,50

SERETIDE

préjudonate de fluticasone/
salméthanol

Diskus

500

microgrammes
par dose

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH



6 118001 141111

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

620000000080415