

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- 0027297

190823

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2582 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HOURI Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 90, Résidence Noor Rmila

My Abdellah EL Jadida

Tél. : 06 72 83 51 37 Total des frais engagés : 547 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KOUAM EL HASSANE
RVT MOPTISMOLOGIE
47, Avenue Ibn Khaldoune
tel: 05 23 35 46 56 - El Jadida

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HOUARI Abderrahmane Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

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 : EL Jadida Le : 15/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
15 JAN 2024
OUZACHANE



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
08/10/2024	C2		2500	Dr. KOUIMI MESSANE PDT MCHUTISIDJI 47, Avenue Ibn Khaldoune Tel: 05 23 35 46 56 - El Jadida

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HACIENDA Amzazi ROMC El Kamal - Sidi El Jadida / Tel: 05 23 34 86 71	8/11/23	299500

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

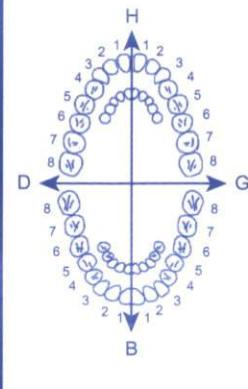
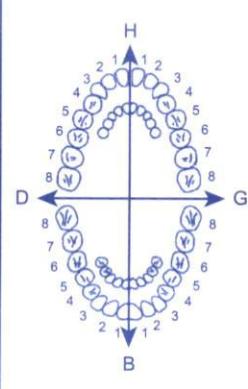
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX															
																			
DEBUT D'EXECUTION	MONTANTS DES SOINS			DATE DU DEVIS															
FIN D'EXECUTION																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
					<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H					25533412	21433552													
D					00000000	00000000													
B					00000000	00000000													
G					35533411	11433553													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX	DATE DE L'EXECUTION																		
MONTANTS DES SOINS																			
DATE DU DEVIS																			
DATE DE L'EXECUTION																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

مركز التشخيص لأمراض الجهاز التنفسي و أمراض النوم (الشخير)
CENTRE D'EXPLORATION DES MALADIES RESPIRATOIRES ET DU SOMMEIL

Docteur Kouam El Hassane

Pneumophtisiologue

Diplômé de l'Université de Bruxelles

- Spécialiste des Maladies des Poumons et des Voies Respiratoires
- Tuberculose, Asthme, Allergie Respiratoire
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire
- Bronchoscopie
- Gazometrie
- Polygraphie et Polysomnographie



الدكتور قوام الحسن

اختصاصي في أمراض الصدر
خريج كلية الطب ببروكسيل

- داء السل، الضيقية، الحساسية
- فحص الوظيفة التنفسية
- الكشف الداخلي للرئة
- قياس خزان الدم
- اختبارات النوم

El Jadida, le 08/01/2021

Houssi Abdellah

29/1/2021
SYMBICORT 200
2 P.S.P 1 J



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir brou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200/6 mg
Flacon de 120 doses
104/1 DMP/21NRO P.P.V:297.00 DH
Barcode: 6 118001 020706



47، شارع ابن خلدون أمام ملعب كرة المضرب و حديقة سبتي - الجديدة - الهاتف : 05 23 35 46 56
47, Avenue. IBN HALDOUNE (En face Club de Tennis) - El Jadida - Tél. : 05 23 35 46 56