

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Addou Idrissi youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 199865

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAABOUDI, L
Pneumologue
Tél: 05.22.25.25.29
ICE: 002191091000067
INPE: 091022764

Date de consultation : 01/03/2024

Nom et prénom du malade BEN ADDOU IDRISI YOUSSEF Hamza Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 22/03/2024

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
01/03/2016	CS		30000h	 Dr. LA ABOUDI pneumologue TEL: 05.22.32.25.29 CE: 00219103100000 INPE: 091022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lahjajma ZEMMAMA Nadia Avenue du Phare - Résidence Taghazout - Casablanca 05 22 29 35 64	01/09/84	1094,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

ET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

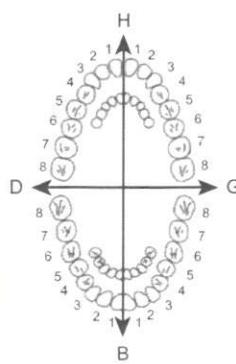
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Cabinet de Pneumologie

عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de service Phtisiologie 20 Août

Ancien responsable du programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

Spirométrie

بودي - البالى

ب بباريس

عمل بمستشفى

20 غشت سابقا

مسؤوله على برنامج محاربة داء السل

و أمراض الجهاز التنفسي بعمالة أنفا سابقا

السل - الضيقه - الحساسية

COOPER PHARMA

PPV: 102,80 DH

د. كمبان

50

سي

Casablanca, le 01-03-26

الدار البيضاء، في

10280

Ben Abdo

Idrissi (أبوزع

17هالوز

2x/1 1 سنه

2x/1

2) dorees

1g le sac x 15

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 652280
6 118001 141104

3) 24800x 250. 366

1 Bx 2/

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 652281
6 118001 141104

1094,80

Dr. LAABOUDI L
Pneumologue
Tél: 05 22 25 25 29
ICE: 00219 09100067
INPE: 091022764

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 653368
6 118001 141104

laaboudilatifa@gmail.com : البريد الإلكتروني : 05 22 25 25 29 :
98, Rue Abou Salt Al Andaloussi Maârif (à côté Arrondissement

ICE : 00219 109100

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 652854
6 118001 141104

98

SYSTEME NON RECHARGEABLE
Poudre pour inhalation en recipient unidose



6200000080415

propionate de fluticasone/salméterol
SERETIDE Diskus

250
microgrammes par dose

50 microgrammes par dose

250 microgrammes par dose
750 microgrammes par dose

Poudre pour inhalation
en recipient unidose

SYSTEME NON RECHARGEABLE

250 microgrammes
/50 microgrammes par dose



6200000080415

SERETIDE Diskus
propionate de fluticasone/salméterol

Poudre pour inhalation
en recipient unidose
SYSTEME NON RECHARGEABLE

SERETIDE Diskus
propionate de fluticasone/salméterol

5100000000009

250 microgrammes
/50 microgrammes par dose

SERETIDE Diskus

propionate de fluticasone/salméterol

Poudre pour inhalation en recipient unidose
SYSTEME NON RECHARGEABLE

METANAZ®
Mometasol
Euro