

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 à caractère personnel.

N° W19-505511

W.MUPRAS 2

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule : 7281	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABOUCHANE EL MOUSTAFA	
Date de naissance : 26.02.1968	
Adresse : 205 VIOLETTE, Rue 2 N° 37, Casablanca	
Tél. : 06 61 14 30 02	Total des frais engagés : 1006,30 Dhs

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin
MUPRAS
Cachet du médecin : Dr. Abdellaziz CHOUAIK
18 JUIN. 2020
10, Bd de la 2ème centure Casablanca Tél: 05 22 62 45 45
Date de consultation : 18.06.2020
Nom et prénom du malade : ABOUCHANE EL MOUSTAFA
Age: 52
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affectif
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Affectif
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e):

Le : 18.06.2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KINDIO Dr. Taoufik BARAZZOUK 48, Rue 1, Lot Hafdia Les Crêtes, Ain Chock, Casablanca Tél: 05 22 81 22 57	20/01/2019	106,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
		
		
		
		
		



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى
Spécialiste
en Pneumophysiologie

الدكتور عبد العزيز الشادلي
DR. ABDELAZIZ CHADLI



20/11/2019

ABOUCHAN SABRINE

خريج كلية الطب بآميان (فرنسا)
طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا
أمراض الرئة، الحساسية، الفيقيه (الربو) والسل
فحص الوضعية التنفسية-تحليل الحساسية
الفحص بالأشعة التلفيفية القصبية.

Diplômé de la Faculté de Médecine
d'Amiens FRANCE - Ancien Interne
des Hôpitaux de France
Maladies Respiratoires, Tuberculose
Asthme, Allergie Respiratoire
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Test cutané Allergique
Radiographie Pulmonaire - Bronchoscopie

31,90

185,00

Saflu : Susp. p.inhalation 250 (120

2 le matin et le soir

Zadryl sirop 1mg/ml (Fl60 ml)

1 cuillère le matin et le soir, pendant

110,00

Romilast 4

Chaque Jour(s), 1 comprimé le soir
Mois

Metanaz

1 Gouttes le matin et le soir, pendant

36,40

Kopred 20 mg

1 Comprimé effervescent le matin

68,00 + 2

Zamox 500mg/62,5mg (Bte12)N°2

1 sachet, 3 fois par jour, pendant 8 jours

106,30

ORDONNANCE

SAFLU 250 microgrammes
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses

6 118001 101290

Zadryl 1mg/ml
Sircp, Flacon de 60 ml

6 118001 101290

RC MILAST® 5 mg
Boîte de 30 comprimés à croquer

6 118001 101290

METANAZ® 50 µg
suspension pour pulvérisation nasale

6 118000 094586

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés

6 118000 094586

ZAMOX® Enfant
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
500mg/62,5mg
12 SACHETS

6 118000 041122

ZAMOX® Enfant
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
500mg/62,5mg
12 SACHETS

6 118000 041122

16، شارع العزام الكبير، تجزئة نادية، الطابق 2، الجي التجمعي الهاتف 0522 62 45 45 المتصل : 0661 41 88 03
16, Bd. Grande Ceinture, Résidence Nadia, 2ème Etage - H. Mohammadi - Tél: 0522 62 45 45 - GSM:0661 41 88 03