

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-595001

ND : 53644

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4975

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : HACHIMY ABDALLAH

Date de naissance : 08/03/1961

Adresse : JADDIN OUM ZABIJ GR 10 E 6

N° 101 EL OULFA CASABLANCA

Tél. : 06 87 62 62 93 Total des frais engagés : 678,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid NCHOUH
Spécialiste de la
Respiration et
Gastro-entérologie
Rue Ain Izza 10
Tél: 0522 46 08 94 - 0522 20 47 40

Date de consultation : 24/12/2020

Nom et prénom du malade : hachimy Abdallah

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/12/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. PHARMACIE NATIONALE HAY-LEZ-ARRAS 02 62 92 02 92</i>	24/12/16	228,-

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Archid INSERM 24</i>	<i>124 DEC 2020</i>	<i>762</i>	<i>200</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Sachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">26533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	26533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

PPV: 88DH00
PER: 05/23
LOT: J1299

Spécialiste des maladies Respi

Diplômé de la Faculté de médecine de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد إنزا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفس

خريج كلية الطب بتونس

الضيق - السل - الحساسية

Mr HACHIMI Abdellah

24.12.2020

Casablanca, Le :

110,00

1 MIFLASONE 400 µg pdre p inhal en gél : Plq/60

87,00 Inhaler 1 gélule le matin et le soir, pendant 15 jours.

2 CURTEC 10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 1 mois.

228,00

(AS)

Dr Rachid INCHAOUH

Dr. Rachid INCHAOUH
Spécialiste des maladies respiratoires
13, Rue Ain taoujat-Résidence Iliass 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca
Tél.: 0522 48 08 94 / 0522 20 47 40

زنقة عين توجطات - إقامة إيلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر) الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujat-Résidence Iliass 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca
Tél.: 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40 : الهاتف

Dr. Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires
Diplômé de la Faculté de médecine
de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى
خريج كلية الطب بتولوز
الضيق - السل - الحساسية

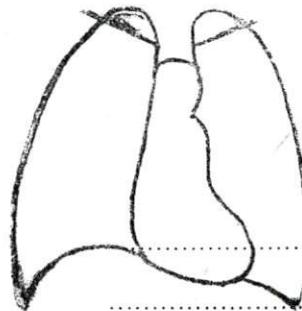
Casablanca, le :

TELETHORAX

12 DEC 2020

Nom/Prénom: ... houdim... AB de feah

INTERPRETATION:



Silhouette cardiaque normale

Distension thoracique

*Absence de lésions parenchymateuses
Évolutives*

Honoraire

Z 12 = 200.00 DH

DR. RACHID INCHAOUH
Specialist in Respiratory Diseases
Résidence Ileas - 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca
Tél.: 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40
13, Rue Ain Taoujte - Résidence Ileas - 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca

زنة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بد) - الدار البيضاء

13, Rue Ain Taoujte - Résidence Ileas - 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca

الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40