

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0042510

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09701 Société : RAM A86307

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GADROUJ RACHID

Date de naissance : 07-06-1967

Adresse : HAB

Tél. : 0678061086 Total des frais engagés : 841,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MOUTAMMIL Z.  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Centre Commercial Nadia - Imm 4  
Bd. Brahim Roudani ☎0522 98 88 54  
INPE: 091111837

Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : Mme Armach A mal Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : Casablanca Le : 12 / 12 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042510

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 09701


Nom de l'adhérent(e) : GADROUJ RACHID

Total des frais engagés : 841,40


Date de dépôt : 12.12.23

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

### RELEVÉ 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/12/23        | G3                |                       | 300,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 11.12.2023 | 341,40 Dh             |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 11/12/23 | Rx Z12                       | 200,00                 |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

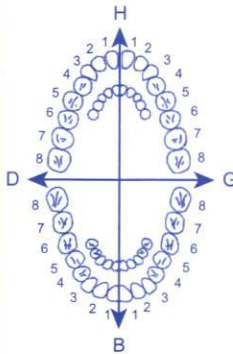
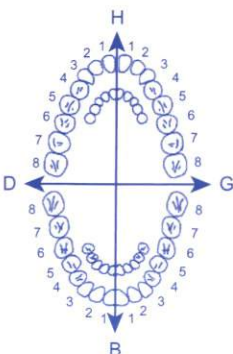
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins                             | Coefficient                              |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|              |  |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>   |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>   |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>   |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>   |  |  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |  |  |  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |  | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
|   |  |  |  | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 25533412   | 21433552                                     |  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | 00000000   | 00000000                                     |  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   | D  | G  |  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000  | 00000000   |  |  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 35533411  | 11433553   |  |  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| B   |  |  |  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  | 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"/> |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Professeur Abdallah El Meziane**  
**Spécialiste des Maladies Respiratoires**

Asthme et Allergies Respiratoires  
Endoscopie bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
Exploration des Troubles du Sommeil



**Docteur Zoubida MOUTAMMIL**

**Spécialiste en Pneumo-Phtisiologie**  
Maladies Respiratoires - Tuberculose  
Asthme - Allergies Respiratoires  
**Diplômée en Médecine du Travail**  
Faculté de Médecine de RENNES

Casablanca, le 11/12/2023 ..... في الدار البيضاء

## Compte Rendu et Reçu

Mme Almouchi Amal

Radiographie Thoracique de face, Z12

1) Honoraires : Deux Cents Dirhams.

2) Interprétation : Absence d'anomalie  
parenchymateuse - Cœur de  
volume normal - Ciel de sac  
pleurouse libre

**Docteur MOUTAMMIL Z.**  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Centre Commercial Nadia - Im. 4  
Bd. Brahim Roudani ☎0522 98 8854  
INPE: 091114637

**Docteur Zoubida MOUTAMMIL**

SPECIALISTE EN PNEUMO-PHTISIOLOGIE

Maladies Respiratoires - Tuberculose

Asthme - Allergie Respiratoires

DIPLÔMÉE EN MEDECINE DU TRAVAIL

Faculté de Médecine de RENNES

**الدكتورة متميل زبيدة**

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - السل - الضيقة

أمراض الحساسية

حاملة شهادة في طب الشغل

كلية الطب برانس

Casablanca, le 11/12/2023 في الدار البيضاء،

Mme Almouch Amal

189.50

- Foracort 200



2 bouffes matin et soir - Se rincer la bouche après -

87.30

- Mowozedon 500 (b de 5 cp)



40.00

1 cp 1j après un repas

- Predni 20 (Cp eff) ou Solifenid 20

Prendre 2 cpce jour puis 3 cp 1j le matin après le petit déjeuner

2h.60

Potassium énap



1 cas x 2 1j après repas -

347.40

TSVP →

② - Nazari

2 pulv/marine le matin

① - Rhinoluxa

2 pulv/marine x 3/j - Se mouche  
après -

Docteur MOUTAMMOUZ  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Centre Commercial Nazari  
Bd. Brahim Roudani 20022 90 60 50  
INPE: 091114637

40100

LOT N°: \_\_\_\_\_

UT AV: \_\_\_\_\_

PPV (HQ): \_\_\_\_\_

6 118000 081753

20 comprimés effervescents sécables

PREDNI 20mg

Cipla Maroc

BP 4491-11850  
Oum Azza, Ain Aouda

6 118001 470082

6 118000 031925

Sitop 125 ml

POTASSIUM  
LAPROPHAN®

MONOZÉCLAR® 500mg  
Boite de 5 COM PEL  
P.P.V.: 87,30 DH

6 118001 183821

Maphar  
Km 10, route côtière III  
QI-Zenata, Ain Sebba, Casablanca  
Maroc

GTIN 18901117248882  
LOT 1830432  
EXP 01/2025  
S/N 19065535288144

PPV: 189 DH 50

POTASSIUM

LOT 36035 2  
EXP 08/2026  
PPV 24DH60