

## 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° W19-417796

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01584 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TADLI ABDELJALIL

Date de naissance : 24-09-1953

Adresse : CALIFORNIA GOLF RESORTS MM 218 AppTE BOUSSOUFA CASABLANCA

Tél. : 0661450615 Total des frais engagés : 767,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Arabi

Date de consultation : 28/01/2020

Nom et prénom du malade : TADLI ABDELJALIL Age : 64

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. -

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) :

27 FEB 2020

ACCUEIL

Le : 07/02/2020

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
28/07/2020	G	2	200100	INF : 912 294 945 bi NACIR Psychologue Cécile - US 22 94 945
	Psych	12	200100	
	PuCh		400	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	28/02/20	367,25

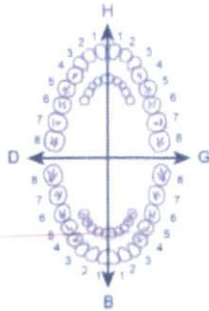
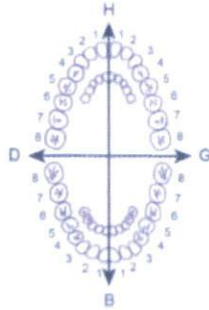
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, 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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد البراهيمي  
**Dr. Mohammed EL IBRAHIMI**  
Pneumophthisiologue

الدكتور ع. الناصري  
**Dr. Arabi NACIRI**  
Professeur agrégé  
Pneumophthisiologue

28/01/2020

Monsieur TADLI Abdeljalil

85,50

CLAZEN 500 XL : 1 comp. midi avant repas x 5 jours

90,50

XYZALL : 1 comp le soir x 15 jours

136,20

NASONEX 120 doses : 2 pulvérisations par narine soir x 15 jours

55,00

KINTEX : 1 c à soupe 2 fois par jour x 6 jours

T= 367,20

NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc

LOT 191998 2  
EXP 09 / 2023  
PPV 90 50

Faire mesure du souffle (EFR) dans une semaine.

85,50

PHARMACIE SOCRATE  
93 bis, Rue Ibnou Babik - Maârif  
Madrif Extension - Casablanca  
Tel: 05 22 94 92 46 / 05 22 94 91 23

**Docteur Arabi NACIRI**  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
5. Bis Rue Ibnou Babik - Maârif  
CASA. Tél: 022 94 92 46 94 93 47

**Consultations :**  
Pneumophthysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**  
Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**  
Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد الإبراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthysiologue

28/01/2020

**Monsieur TADLI Abdeljalil**

**COMPTE RENDU**

**Radiographie pulmonaire face**

\*\*\*\*\*

**Indication :** toux spasmodique - gêne respiratoire

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Aspect de péribronchite bilatérale

**Conclusion :** pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé

Maladies Respiratoires  
5, 5 bis Rue Ibnou Babik - Maârif  
CASA-Tel: 022 94 87 46 94 93 47

الدكتور ع. العربي (النصري)

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



الدكتور محمد الإبراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le 28/01/2020.

M TAOUÏ . ABDEL JOLIL .

### Honoraires verses

Le .....	Consultation	9	200.	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face	21	200	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Profil			DH
Le .....	Pléthysmographie / DLCO			DH
Le .....	Spirometrie - Oscilling			DH
Le .....	Polysomnographie + Polygraphie			DH
Le .....	Polygraphie sous VNI			DH
Le .....	Gaz du Sang Artériel			DH
Le .....	Mise en Place de VNI			DH
Le .....	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire			DH
Le .....	Tests Cutanes			DH
Le .....	Fibroscopie Bronchique / LBA			DH
Le .....	Aerosol + Injection			DH
Le .....	Ponction Pleurale - Biopsie"			DH
Le .....	Ponction Pleurale - Simple"			DH
Le .....	Echographie de repérage			DH
Le .....	Exsufflation			DH

TOTAL : 4000.00 DH