

## 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.

**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-463521

ND: 37277

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11461 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KADJAS NAWAL  
 Date de naissance : 26/11/1977  
 Adresse :  
 Tél. : 0665100783 Total des frais payés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 08/10/2020  
 Nom et prénom du malade :  
 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 : Le :  
 Signature de 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
01/08/2020	5 Radios	212	20000 20000 40000	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VITA Pharmacie VITA - SARL Tél: 05 22 44 44 44 Fax: 05 22 44 44 44 444, Bd Amédée Rousselle Val d'Aure - 65100 - GERS	01/08/2020	MF 80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

**Consultations :**

Pneumophysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spirométrie - Oscillant  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique et interventionnelle**

Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue

الدكتور ع. (الناصري)

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

05/08/2020

Madame KADJAJ Nawal

RELAXIUM 300 : 1 comp par jour x 10 jours

VITANEVRIL Forte : 1 comp 3 fois par jour x 10 jours

**VITA**  
PARA & PHARMA  
Pharmacie VITA - SABBAGH  
TEL: 05 22 98 42 43  
FAX: 05 22 98 42 42  
pharmacie@vita.ma  
463, Bd Brahim el-Andaloussi  
Val Pénit - Nouvel - Casablanca

PPV  
LDT  
PER

2880

Docteur Arabi NACIRI

Professeur Agrégé

Maladies Respiratoires

5 bis, rue Ibnou Babek - Casablanca



الدكتور م. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور محمد العبراهيمي

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

05/08/2020

M

KADJOJ

18000

## Honoraires verses

Le .....	Consultation	200	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face	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 DH

الدكتور محمد البراهيمي  
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. الناصري  
Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

05/08/2020

*Madame KADJAJ Nawal*

*COMPTE RENDU*

*Radiographie pulmonaire face*

\*\*\*\*\*

*Indication : suivi de sarcoidose ++*

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Transparence pulmonaire normale

*Conclusion : pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.*

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
5 bis, rue Ibnou Babek - Casablanca