

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

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° P19- 0040433

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4528 Société : RAT  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : ALAMI RAHMOUNI Abdelali  
Date de naissance : 20 03 1958  
Adresse : 10 Res Salama, Rue Stéphane Talarne ET61  
APB Val Fleuri Casablanca  
Tél : 0661328624 Total des frais engagés : 1081, - Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 / 12 / 2020  
Nom et prénom du malade : EL FAZOUZI Abdelali  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ALD  
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 : Casa Le : 10 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# 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
10 DEC 2020	se		3000A	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

**PHARMACIE ALKANE**  
AGUEDACH KASSAB  
Quartier Val Fleuri 3100, Route de  
Muguer, Résidence Tahiti Casablanca  
Tél: 05 22 99 69 21

10/12/20

58100

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Dentiste  
355, Boulevard de la Liberté  
Tél: 05 22 28 79 18

10 DEC 2020

212

2000A

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

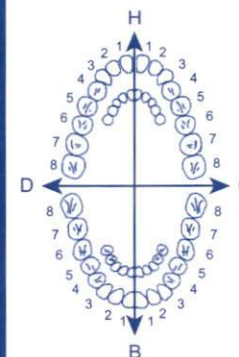
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Docteur FIKRI Abdelghani

Diplômé d'Etudes Spéciales  
de Pneumophthisiologie (PARIS)

Certificat d'Endoscopie Bronchique

Membre de la Société de  
Pneumologie de Langue Française

# الدكتور فكري عبد الغني

اختصاصي في أمراض  
الجهاز التنفسي  
كلية الطب بباريس

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة  
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

Casablanca, le 10.12.2020

Mme EL FAZOUZI Khadija

1 SERETIDE DISKUS 250 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 60

1 bouffée le matin et le soir, pendant 1 mois. se rincer la

2 XYZALL 5 mg cp pellic : Plq/14

1 comprimé le soir, pendant 2 semaines.

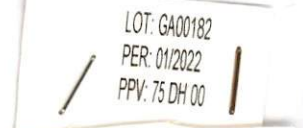
3 NAAXIA

Faire 1 pulvérisation par jour, pendant 2 semaines.

4 NAAXIA 19,6 mg/0,4 ml collyre en récipient unidose : 10

5 ZITHROMAX 500 MG

1 cp le premier jour puis 1/2 cp par jour pendant 4 jours



Docteur  
Docteur FIKRI Abdelghani  
Pneumologue  
355, Boulevard Ziraoui - Casablanca  
Tél. 05 22 29 91 79/80

Facture :

Le : 1.0 DEC. 2020

Nom : EL FAZOUZ

Prénom : Khaled

C2 : 300 DA

Z12 : 200 DA

EFR k30 :

Nébulisation+o2+ventoline :

Testes cutanées :

Pléthysmographie :

Gaz du sang :

Biopsie pleurale+évacuation :

Docteur FIKRI Abdelghani  
Pneumologue  
355, Boulevard Z...  
Tél. 06 22 29 87 7040

## Docteur FIKRI Abdelghani

Diplômé d'Etudes Spéciales  
de Pneumophtisiologie (PARIS)

Certificat d'Endoscopie Bronchique

Membre de la Société de  
Pneumologie de Langue Française

## الدكتور فكري عبد الغني

اختصاصي في أمراض  
الجهاز التنفسي  
كلية الطب بباريس

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة  
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

10 Décembre 2020

Casablanca, le .....

### COMPTE-RENDU RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

de : Madame EL FAZOUZI Khadija

Silhouette cardiomédastinale normale .

Pas de lésion(s) pleuro-pulmonaire d'allure évolutive.

Au total : image thoracique normale.



Docteur FIKRI Abdelghani  
Pneumologue  
355, Boulevard Ziraoui Casablanca  
Tél. 05 22 29 91 79/80