

## 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.

### 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° W21-777473

150426

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9399 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AFAKHRI HICHAM  
 Date de naissance : 24/07/71  
 Adresse : N° 27 LOT ZIAN PARTNER, ROUTE D'AZZOUZ, DAR BOUARRA, AGA  
 Tél. : 0661109663 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENJELLOUN Wafa  
 Pneumophtisiologue  
 202, Bd Abdeimoumen - Casablanca  
 Date de consultation : 21/12/2022  
 Nom et prénom du malade : AFAKHRI Hicham Age : 51  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection respiratoire  
 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 : 22 / 12 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
21/12/22	CS		300	Dr. Wafa BENJELLOUN NP 091 023 291 Dr. BENJELLOUN Wafa Pneumophysiologie 202, Bd. Abdoumoumen Casablanca Tél: 0522 99 20 24

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/22	25640 F

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENJELLOUN Wafa Pneumophysiologie 202, Bd. Abdoumoumen Casablanca Tél: 0522 99 20 24	21/12/22	2 12	200 \$

# 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 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			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"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 0000000</td> <td>21433552 0000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>0000000 35533411</td> <td>0000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 0000000	21433552 0000000	D	G	0000000 35533411	0000000 11433553	B	
	H													
	25533412 0000000	21433552 0000000												
	D	G												
	0000000 35533411	0000000 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

# Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريكي الغياتي

Dr. WAFA BENJELLOUN IDRISSE

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phthisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي  
كبار وأطفال

Casablanca, le : 21/12/2022



AFAKHRI HICHAM

1 - Physiomer (eucalyptus)

1 pulv. par narine, 3 fois par jour, rincer l'embout nasal après chaque utilisation

2 - Doligrippe sachets

1 sachet x 3/j

3 - Vit C

1 comprimé X 2 par jour pdt 10 j

4 - Maxitone

1 comprimé par jour

PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN BAY Sarl Au  
Route d'Alémour Km 15  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 29 08 29  
06 349360 - T.D. 3796041



Dr. BENJELLOUN Wafa  
Pneumophthisiologue  
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522 99 20 24



# Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريكي الغياتي

Dr. WAFA BENJELLOUN IDRISSE

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

Casablanca le:21/12/2022

Mr AFAKHRI HICHAM

## RADIOGRAPHIE THORAX FACE

INTERPRETATION :

IMAGE THORACIQUE NORMALE

Dr. BENJELLOUN Wafa  
Pneumophthsiologue  
202 Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522 99 20 24



# ORDONNANCE

Cabinet de Groupe de Pneumologie  
Dr. LAMRIKI - Dr. BENJELLOUN  
202, Bd. Abdelmoumen  
Tél: 0522 99 40 36 - 0522 99 20 24  
CASABLANCA

lase, Le: 2/12/22

21/12

## FACTURE

**Mr AFAKHRI HICHAM**

CONSULTATION: 300,00 DH

RADIO THORAX FACE: 200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de 500,00 DH  
(CINQ CENTS dirhams)

Dr. BENJELLOUN Wafa  
Pneumologue  
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 99 20 24