

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0029649

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8944 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL FAKIR ELHASSAN  
Date de naissance : 09/04/1965  
Adresse : 391 LOT HAS FATA Rue 12 NR 20  
092 FA, CASA  
Tél. : 06 24 64 46 66 Total des frais engagés : 2139,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 12/01/2023  
Nom et prénom du malade : EL FAKIR EL HASSAN 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 : CASA, le 12/01/2023 Le : 12/01/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

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
18/01/23	(c.i.)		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE IDOUDRE SARL AU  
N° 292 Ar des Facilités, Oudine Lalmour  
Hay Hassani, Magasin N° 5  
Cap-Haïtien  
ICE : 002954028000076

18/01/23      439,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

18/01/23 (2)      200.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

18/01/23 (EPP)      600.00  
18/01/23 (Test. cul)      600.00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

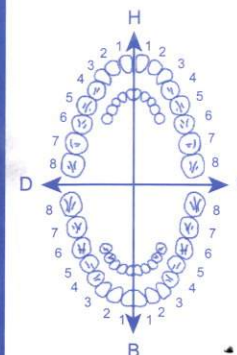
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

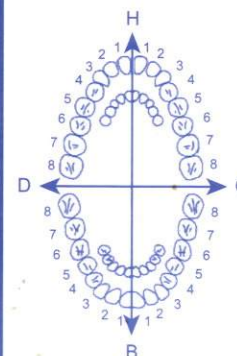
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : .....

12/01/2023

**MR EL FAKIR EL HASSAN**

**Radiographie du thorax : Face**

**Syndrome bronchique**

**Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou  
séquellaire**

**Silhouette cardio-vasculaire est normale**

**Culs-de-sac pleuraux sont libres**

**Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.**







Casablanca, le : .....

12/01/2023

**MR EL FAKIR EL HASSAN**

**Tests cutanés**

	<b>Papule</b>	<b>Erythème</b>
Témoin positif	5 mm	0 mm
Témoin négatif	0 mm	0 mm
Acarien DP	0 mm	0 mm
Acariens DF	0 mm	0 mm
Alternaria	0 mm	0 mm
Poils de chats	0 mm	0 mm
Poils de chiens	0 mm	0 mm
5 Graminés	0 mm	0 mm
Olivier	0 mm	0 mm
Blanc d'oeuf	0 mm	0 mm
Jaune d'oeuf	0 mm	0 mm
Poulet	0 mm	0 mm
Crevettes	0 mm	0 mm

**Conclusion : Test cutanés négatifs.**

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com



Casablanca, le : .....

12/01/2023

MR EL FAKIR EL HASSAN

- **Symbicort turbuhaler 200/6 µg - poudre pour inhalation**  
1 bouffée le matin et soir pendant 2 mois (ensuite 1 bouffée à la demande si reprise de la toux sèche Se rincer la bouche après)  
1 x 297,00

- **Isolone 20 mg - comprimé** 1 x 57,10  
3 comprimés, matin, après les repas, pendant 3 jours

- **Amoxil 1 g - comprimé dispersible** 1 x 55,00  
1 Comprimé, après les repas, matin midi et soir, pendant 6 jours

1 x 30,00  
10 jours  
total = 439,10

PHARMACIE IDOUDRE SARL AU  
Dr. Lineb Berrada  
N° 292 Avenue des Fezettes Quartier Laimoune  
Hay Hassan, Magasin N° 5  
Casablanca  
ICE : 002954028000076

Résidence Espace El Mansour  
22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca  
شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء  
Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubeir bno  
noires casab  
SYMBICORT **BUHALER**  
200/6 µg  
Flacon de 120 doses  
104/4 DMP/21NR0  
P.P.V.: 277  
6 118000 02070

**ISOLONE 20 mg**  
30 comprimés  
AMM N° 65 DMP/21/NCN  
6 118000 020806

**AMOXIL 1g**  
12 comprimés dispersibles  
6 118000 160038

**Fluibron**



Sing  
Flacon 200ml  
PROMOJARM s.a.

6 118000 240426

Casablanca 12/01/2023

# FACTURE

A la suite de la consultation du 12/01/2023 de M EL FAKIR EL  
HASSAN  
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :

ACTE :	MONTANT
RADIO THORAX	200.00DH
SPIROMETRIE	600.00DH
PRICK TSTS	600.00DH

Merci de votre confiance

Dr. Zineb EL FARAJ  
Pneumologue  
22, Bd. Youssouf el Khatib  
Pet. Espace Youssouf el Khatib  
Tél: 05 22 98 12 19 - Casablanca





# CABINET D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE SOMMEIL

DR ZINEB BERRADA

22 BD Yaacoub El Mansour, N°27, Maarif, Casablanca Tel, 0522981219

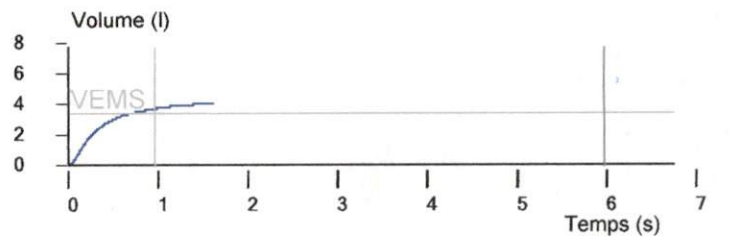
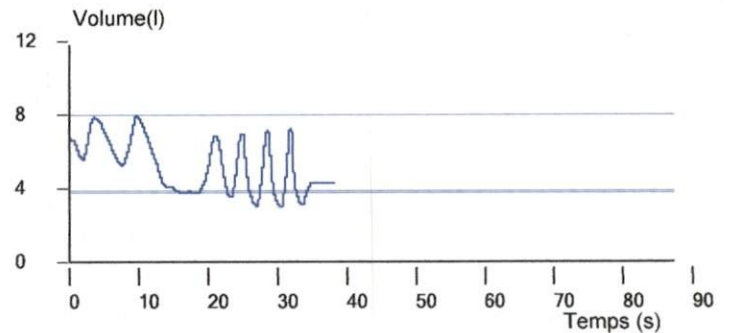
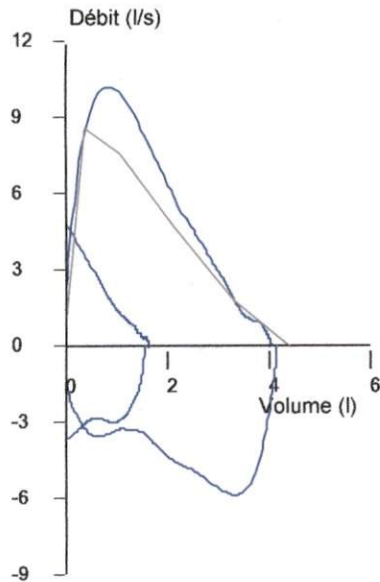
Nom : **El hassan El fakir**

Taille: 179 cm Age: 58 Ans Date Naissance: 01/01/1965

ID: **EI EI 01011965**

Poids: 82 kg Genre: Masculin BMI: 25,6 kg/m<sup>2</sup>

Medication:



Paramè...	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
CV	l	4,65	4,21	91	
CI	l	3,59	4,05	113	
VC	l		3,90		
VRE	l	1,23	0,16	13	

Paramè...	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VEMS	l	3,53	3,86	109	
CVFex	l	4,46	4,10	92	
VEMS/C...	%	77	94		
DEP	l/s	8,65	10,25	119	
DEM25	l/s	1,82	2,92	160	
DEM50	l/s	4,64	6,45	139	
DEM75	l/s	7,62	10,17	134	
DEM 25...	l/s	3,68	6,20	169	
tex	s		1,7		

Commentaire: Bonne coopération:  
Absence de trouble ventilatoire obstructif.

Date: 12/01/2023

Température ambiante: 23 °C

Technicien :

Temps: 12:35

Pression ambiante: 999 hPa

Humidité ambiante : 50 %



Pharmacie Idoudre

Dr Jalila Idoudre  
08 08 63 18 20  
N°292 ,Av des Facultés - Quartier Laimoune - Hay Hassani -Magasin N°5, Casablanca



Facture N° FAC-2054	El Fakir El Hassan
Date : 18/01/2023	Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ISOLONE CO 20MG B30 COMP	1	57,10	1	57,10
FLUIBRON SI 0.3% 200ML SIROP	1	30,00	2	30,00
OEDES CO 20MG B7 GELULES	1	30,00	2	30,00
MADECASSOL PD 10G POMMADE PM	1	24,00	2	24,00

Code de TVA	1	2	3	Total HT	135,60 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	5,50 DHS
Montant (DHS)	0	5,50	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	141,10 DHS
				Total	141,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cent quarante et un DHS et dix centimes