

## 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 Alhal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 35 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-798103

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9063 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EL KHALID

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661342201 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/04/23

Nom et prénom du malade : EL KHALID Yasmine Age : .....

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

Nature de la maladie : Respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 08 Mai 2023

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) : .....

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                                    |
| 25-11-23                       | F                 |                       | 300,00                          | INP: 09 10 44 48 18<br>Docteur BEN MALLER<br>Pneumologue<br>Rue d'Alger 2 Mars<br>Cas 22 22 23 42 |

**Docteur BEN MALLER**  
Pneumologue  
1 Rue d'André Malraux - 92000 Nanterre  
CASA - Mais sur un  
Tél.: 022 82 23 42

| EXECUTION DES ORDONNANCES                |   |
|--|---|
| Cachet du Pharmacieur<br>ou du Fabricant | Montant de la Facture                     |
|  | <p>Date</p> <p>25/04/23</p> <p>697130</p> |

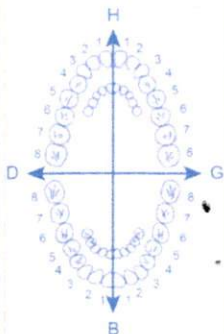
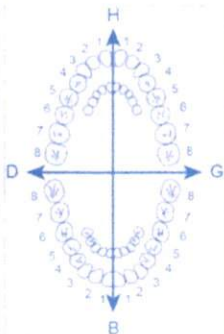
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           11433553         </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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

Important :

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET MEDICAL DES MALADIES RESPIRATOIRES

Docteur **BENMALLEM Mustapha**

Spécialiste des Maladies Respiratoires

C.E.S de l'Université de Paris

Asthme - Maladies des Poumons - Tuberculose

**ALLERGIE RESPIRATOIRE**

**SEVRAGE TABAGIQUE**

الدكتور بن لمعلم مصطفى

إختصاصي في الأمراض الصدرية

خريج جامعة باريس

الضيق - داء السل - أمراض الرئة

مرض الحساسية

الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : 25/4/2023 : الدار البيضاء، في

Dr. El Khalid Yasmine

132,100

① Aclar sachet 1g (Conte 16)

— 1 sachet x 3 / 7 + 5g

401,00

② Predni 20mg

3g / 7 6 weeks after 20g + 5g a day

③ Ventolin Spray

181,00 x 200 / 10 x 4 / 7 + 5g

④ Oxyflow 250 spray (26ml)

2 buffer x 2 / 7 + 2 min



115 Detamaz (S.V)

2 pulverisat 2 esale de  
Mqvo Snt & 2 mrs

75 6971 30

DOCTEUR BEN MALLEM Mustapha  
Pneumophtisiologue  
1 Rue d'Athènes 4019 AV 2 Mars  
Casa - Mers Sultan  
Tél : 022 87 23 42

**PHARMACIE AYMANE**  
**AGUEDACH KAMAL**  
Quartier Valfleur 381, Rue Henri  
Munger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 99 69 21



**PREDNI<sup>®</sup> 20**

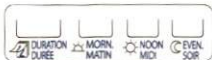
Cooper — Prednisolone

**20 mg**

Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescent  
sécables / Scored  
effervescent tablets

20 x



**COOPER**  
PHARMACIA

41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI  
41, ريفك محمد الميوري 20110 الدار البيضاء المغرب  
صيداني مسؤول : أمينة الداودي

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

microgrammes  
microgrammes par dose

**KYFLOW**

onate de fluticasone/  
tétrol

ension pour inhalation  
on pressurisé

P.P.V : 185.00 DH

LABORATOIRES SOTHEMA

LOT: GA20093  
PER: 01/2024  
PPV: 110 DH 00

**METANAZ<sup>®</sup>**  
Mométasone  
Furoate

**50 µg**

Voie nasale



**Ventoline**

SALBUTAMOL

**CLAV<sup>®</sup>**

ILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**100**  
microgrammes/  
dose

**5 mg**

icilline-acide  
8/1

e **16** sachets

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
**200 DOSES**

**PHARMA 5**

Lot  
EXP  
PPV

FM9S  
09 2024  
45,30 DH

LOT : 4232  
ER : 11-24  
P.V : 132DH00