

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

- ☐ 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° M21- 071022

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1771 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMOUTARAJI AHMED
 Date de naissance : 01-01-1949
 Adresse : Village de Soua Bloc A N° 24 de Soua
 Tél. : 0666.03.13.61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Lamyae EL HAMDAOUI
 Pneumo-Allergologue et Phtisiologue
 INPE: 061298907
 Tél: 0522 03 08 99 / 0667 63 08 02

Date de consultation : 12/06/2023
 Nom et prénom du malade : ELMOUTARAJI Ahmed Age : 74 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Fibrose pulmonaire
 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 : Benesma Le : 04/07/2023
 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
12/06/2023	CS		7250 DH	Dr. Lamyas El Harraq Pneumo-Allergologue et Pédiatre Fix: 0522 03 08 99 - Tél: 0667 63 08 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA Bloc HAN 1 Daroua Tél : 05 22 53 20 83 062049176	12/06/2023	462,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) 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

Dr Lamyae EL HAMDAOUI

Spécialiste en pneumo-allergologie
et phthisiologie

Diplôme universitaire en échographie thoracique

Lauréat de la Faculté De Médecine Et De Pharmacie De Rabat

Ex-médecin à l'hôpital 20 Août de casablanca

et l'hôpital militaire de Rabat

الدكتورة لامياء الحمداوي

أخصائية في أمراض الصدر
والحساسية و السل

شهادة جامعية في الفحص بالصدى الصدرية

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

والمستشفى العسكري بالرباط



كبار و صغار

Ordonnance

12/06/2023

برشيد في : Berrechid, le :

Mr EL MOUTARAJI Ahmed

BRONCHODUAL SPRAY

2 bouffée x 3/j ttes les 8 heures, pendant 7 jours

TIOVA ROTACAPS

1 gél / j, à 22 H (pendant 3 mois)



GTIN 18901117253435
LOT BA30301
EXP 06/2024
S/N 23197623996402
PPV : 161 DH 80

PPV : 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRO

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
إحترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

1G

à petit déjeuner (pendant 5 jours)

Dr. Lamyae EL HAMDAOUI
Pneumo-Allergologue et Phthisiologue
Fix: 0522 03 08 99 - Tel: 0667 63 08 02



زقنة مسجد الزهراء، شارع محمد الخامس، إقامة النور 1 الطابق الثالث، برشيد

7, rue masjid zahra, boulevard Med V, Résidence Nour 1, 3ème étages, Berrechid



05 22 03 08 99 / 06 67 63 08 02



cabinet.leh@gmail.com