

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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 à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W21-795013



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 2708

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHATHI ABDELLAH

Date de naissance : 08/02/1958

Adresse : El Mansour

Tél. : 174671

Total des frais engagés : 1428 + 2513 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/07/2023

Nom et prénom du malade : El - Coemni AJIKAT Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Agma

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 : El Mansour

Signature de l'adhérent(e) : AK

Le : 07/09/23

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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
12/07/23	(cs)		300.00	INP 09189185

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>YOUSSEF BELAYACHI</i></p> <p><i>127 B-10100 72000 Casablanca</i></p> <p><i>161 FAX: 05 22 22 22 22</i></p>	<p><i>17/07</i></p> <p><i>2023</i></p>	<p><i>1128</i></p>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	00000000	00000000																
		35533411	11433553																
	B																		
	[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																			



DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France  
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس  
طبية سابقة بمستشفيات باريس ينفي سالبتريلار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le :

17/07/2023

MME EL-GOUMRI ATIKA

• **Inexium 20 mg - comprimé gastrorésistant**

1 Comprimé avant les repas le matin pendant 3 mois

• **Potassium 15% - sirop**

1 cuillère matin et soir, pendant 3 mois

• **Cortancyl 5 mg - comprimé**

1 comprimé le matin après repas pendant 3 mois.

• **Relaxium 375**

1 Comprimé le soir après les repas, pendant 1 mois

Régime peu salé

YOUNES BELAYACHI  
127 B1 Oued Z2 Oufa Casablanca  
Fax: 05 22 90 51 07

M28

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

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bneau al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bneau al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bneau al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bneau al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bneau al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier bneau al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

PER. .06 2025  
LOT :22E009  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V :22DH80  
6 118000 060345

PER. .06 2025  
LOT :22E009  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V :22DH80  
6 118000 060345

PER. .06 2025  
LOT :22E009  
CORTANCYL 5MG  
CP SEC B30  
P.P.V :22DH80  
6 118000 060345

PPV 24DH60 / EXP 02/2026  
LOT 2N051 4

LOT :220877  
/ LUO :12/2025  
99,00DH  
Gares Deva Pharmaceutique

X1 Ged  
↑  
X2 Ged