

# 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'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-011411

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIMI  
 Date de naissance : 08.02.1962 Casa  
 Adresse : Bloc 26 Rue 04 N° 02 HAY TILILA AGADIR  
 Tél. : 06 67122441 Total des frais engagés : 1346,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 08/12/2023  
 Nom et prénom du malade : IMAKOR Aya Age : 11 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Bronchique  
 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 : Signature de l'adhérent : Le : / /

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
09.12.23	V		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AGDAL Dr. EL (RAKI) Zineb Lot. Tilla Imm. Agdal Rue Ghazza N° M47 tel: 0528235520	9-12-23	896,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09.12.23	RADIOL	2000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

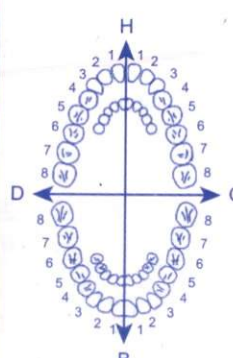
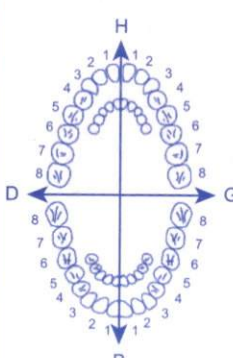
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 <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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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



**Dr. Youssef EL ALAOUI BENCHAD**  
**Spécialiste**

Des Maladies des Bronches et Poumons  
Diplômé de la faculté de Médecine de Toulouse

Agadir, le : 09/12/23

- Diplôme Inter-Universitaire en techniques Diagnostiques et Thérapeutiques Allergologiques
- Diplôme Inter-Universitaire d'Allegro –Anesthésie
- Diplôme de Médecine d'Urgence – Oxylogie
- Diplôme de Médecine Aéronautique
- Attestation d'Endoscopie Thoracique
- Expert auprès des Tribunaux
- Membre Titulaire de la Société Française d'Allergologie

**Compte rendu de radio pulmonaire de face**

Mlle IMA KOR Aya

Syndrome bronchique droit discret



**Dr. Youssef EL ALAOUI BENCHAD**

**Spécialiste**

Des Maladies des Bronches et Poumons

Agadir, le : 09/12/23

**Allergies Respiratoires, Alimentaires, Médicamenteuses**

Diplômé de la faculté de Médecine de Toulouse

- 
- Diplôme Inter-Universitaire en techniques Diagnostiques et Thérapeutiques Allergologiques
  - Diplôme Inter-Universitaire d'Allegro –Anesthésie
  - Diplôme de Médecine d'Urgence – Oxylogie
  - Diplôme de Médecine Aéronautique
  - Attestation d'Endoscopie Thoracique
  - Expert auprès des Tribunaux
  - Membre Titulaire de la Société Française d'Allergologie
- 

ICE: 001706990000044

### **Note d'honoraires**

Mlle IMAKOR Aya

➤ Consultation	:	250 :00
➤ Radio de poumon k 20	:	200.00

---

Total : Quatre cent cinquante dhs : 450.00 dhs



Spécialiste

Des Maladies des Bronches et Poumons  
Allergies Respiratoires, Alimentaires, Médicamenteuses

- Diplôme Inter-Universitaire en techniques Diagnostiques et Thérapeutiques Allergologiques
- Diplôme Inter-Universitaire d'Allergo-Anesthésie.
- Diplôme de Médecine d'Urgence - Oxylogie .
- Diplôme de Médecine Aéronautique .
- Attestation d'Endoscopie Thoracique

- Expert auprès des Tribunaux  
- Membre Titulaire de la Société Française d'Allergologie

09/12/2023

L'enfant Aya IMAKOR

234,00  
1--Inxium 10 mg : 1 boîte de 28  
1sachet /j au coucher : 1mois

78,40  
2-Zadryl cp: 1boite: 30  
1cp/j le soir : 1mois

36,40  
3-Kopred 20 : 1boite  
2cp dans verre d'eau après le ttour pendant 4jours  
puis 1cp -----4j  
puis 1/2 cp -----8 j

101,90  
4-Ecoclav 500 : 2boites :  
1sx3/j avant le repas : 8jours

218,00 X2  
5-Seretide 250 à la chambre d'inhalation : 2boites  
2bouffées le matin -- 2bouffées au coucher : 1mois  
puis  
(1 bouffée le matin ---2 bouffées le soir ) : 1mois

صيدلية آكدال  
Pharmacie AGDAL  
Dr. EL (HAKI) Zineb  
Lot. Tilila Imm. Agdal Rue Ghazza  
N° M47 Tél: 0528285520

2 Rue Ifni Av Kennedy Talborjt Agadir //Téléph: 212 ( 0)528 846715 /---  
/06 67 94 04 46/-/ 0661 196778--- Email : [alamyb@yahoo.fr](mailto:alamyb@yahoo.fr)

R : 42242

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair benou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
10 mg Gran GR osupboven  
Boite de 28 sachet 8-dose  
68/16 DMP /21 ANP P.P.V : 234,00 DH  
6 118001 021550

C91484-06

LOT : 2371  
PER : 02 - 26  
P.P.V : 36 DH 40

Lot N° :

Exp :

PPV :

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 218,00 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 218,00 DH  
6 118001 141876