

## 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 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° W21-817351

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460 Société : .....  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : KANBOU NABIL  
 Date de naissance : 12-03-75  
 Adresse : N°18, Rue 3, Qter YOUSRA, OULFA, CASA  
 Tél. : 0661052135 Total des frais engagés : 500 + 567 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25.12.2023  
 Nom et prénom du malade : HASNAA AMINE Age : 43 ANS  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : BRANCHE ALLOE  
 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 : ..... Le : 12/01/24  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25/12/2023	CS → Rx		<del>2000H</del> + 2000H	INF : 061307450

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MARAM</b> <b>Dr. DERIAZIZA</b> Issenheim Youssra, Lot 114 Zoubir CASABLANCA	25 12 23	<b>PHARMACIE MARAM</b> <b>Dr. DERIAZIZA</b> Issenheim Youssra, Lot 114 Zoubir CASABLANCA

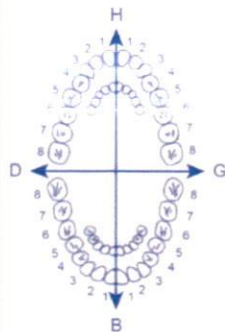
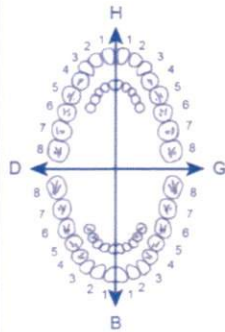
[illegible][illegible]

# 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 Traitées	Nature des 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000            11433553         </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-ptisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Pneumophysiologie - Asthme et allergies  
Exploration Fonctionnelles Respiratoires  
Exploration du sommeil et ronflement  
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



## الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
لل كبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي  
فحص اضطرابات النوم والشخير  
المساعدة للإقلاع عن التدخين

# ORDONNANCE

Casablanca le:

Casablanca

25 / 12 / 2023

Mr **HASNAA AMINE**

## RADIOGRAPHIE THORACIQUE FACE

- Sd intertiel basal droit
- Structure osseuse normale
- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Cul de sac costo-diaphragmatiques libres

Dr. Chaimaa FARISSI  
Médecin Pneumologue  
Allergologue  
Gsm : 05 79 51 61 45



# Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Pneumophtysiologie - Asthme et allergies  
Exploration Fonctionnelles Respiratoires  
Exploration du sommeil et ronflement  
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



## الدكتورة فريسي شيما

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
للبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي  
فحص اضطرابات النوم والشخير  
المساعدة للإقلاع عن التدخين

## ORDONNANCE

Casablanca le:

25/12/2023

Harnaa ANINE.

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubir bnou al ouam roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER  
200/6 µg Pdre pink  
Flacon de 120 doses  
104/14 DMP/21/NRQ P.P.V.: 297,00 DH  
6 118001 020706

SMUG-A  
0 CT-22  
S P-24

LOT: GA20484  
PER: 06/2024  
PPV: 110 DH 00

Cipla  
Etiquette

CLARIL®  
Clarithromycine 500 mg  
Boîte de 14 comprimés  
PPV: 160,00 DH  
6 118000 191001



## Dr. Farissi Chaimaa

Pneumo-phtisiologue - Allergologue  
pour Adultes et Enfants

Pneumophtysiologie - Asthme et allergies  
Exploration Fonctionnelles Respiratoires  
Exploration du sommeil et ronflement  
Endoscopie - Aide au sevrage tabagique



## الدكتورة فريسي شيماء

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
لل كبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
الفحص بالمنظار - قياسات وظائف الجهاز التنفسي  
فحص اضطرابات النوم والشخير  
المساعدة للإقلاع عن التدخين

## ORDONNANCE

Casablanca le:

- HASNAA AMINE -

Attestation des honoraires 25/12/2023

- Consultation 300 dhs
- Radio thorax 200 dhs

Dr. Farissi Chaimaa  
M. All. Phtisiologie e  
GSM: 05 29 96 03 98