

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : 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- 0033220

198 306

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 958 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre  
Nom & Prénom : RAFIS Abdelkader  
Date de naissance :  
Adresse : 191 Bd Sakhlia - Casablanca  
Tél. : 0676135577 Total des frais engagés : 441,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 5 MAR. 2024  
Nom et prénom du malade : HAMDI FATMA  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Traumatisme  
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 : Casablanca Le : 07/03/2024  
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
			300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAM SEKAT Nadia 430 B. Al Qods irraia Ain Chok Face CNSS. Casa Tél : 05 22 21 13 26 / P.T. 3402	05/03/24	142.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

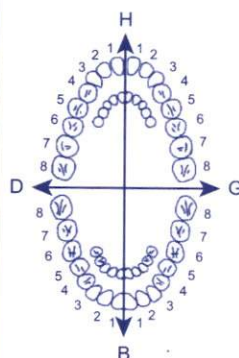
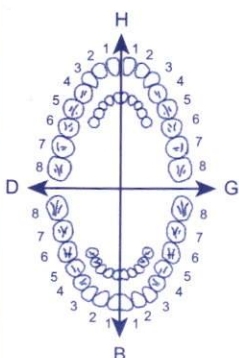
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	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

**Docteur Khalid TAZI SIDQUI**

DE L'UNIVERSITE DE PARIS

EXPERT ASSERMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX

**SPECIALISTE PNEUMOPHTISIOLOGUE**

MALADIES DES POUMONS - TUBERCULOSE

ASTHME ET ALLERGIES RESPIRATOIRES

CANCEROLOGIE THORACIQUE

PATHOLOGIE RESPIRATOIRE DU SOMMEIL ET RONFLEMENT

EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE

**الدكتور خالد تازي صدقي**

خريج جامعة باريس

خبير محلف لدى المحاكم

**اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي**

أمراض الرئة - داء السل

الضيق وحساسيات الجهاز التنفسي

سرطان الرئة - الشخير

الفحص بالمنظار الداخلي

التشخيص الوظيفي للرئة

Casablanca, le 05/03/2024 في الدار البيضاء

**MME HAMRI FATNA**

- 28.00 • **Stodal**  
PRENDRE 1 CAS MATIN MIDI ET SOIR
- 39.00 • **DOCIVOX**  
PRENDRE 1 COMPRIE MATIN MIDI ET SOIR
- 74.50 • **Azithrix 500 mg**  
PRENDRE 1 COMPIME PAR JOUR PENDANT 3 JOURS
- 141.50 • **DEPOMEDROL 80 mg**  
FAIRE UNE INJECTION IM UNIQUE

**PHARMACIE SALA**  
SEKKT Nadia  
430 Bd. Al Qods - Ain Chok  
Face CNSS Casa  
Tel : 05 22 21 13 26 / P.T : 3402

**Dr TAZI Khalid**  
**SPECIALISTE EN PNEUMOLOGIE**  
1 Av Lalla Yacout - CASABLANCA  
Tel : 0522.22.09.88 - 0522.20.75.24  
Tel (Urgence) : 05 21 45 45 51

02/2028  
**BOTTU SA**  
PPV : 28 DH 00

LOT : 230873  
DLUO : 10/2026  
39.00DH

Lot : 224518  
Per : 09/2026  
PPV : 74 DH 50

**Urgences Tél : 0661 151 257 : المستعجلات الهاتف**

رقم 1 شارع لالة ياقوت - الطابق 2 ☎ 0522 22 09 88 / 0522 20 75 24 ☎ 1, Av Lalla Yacut 2ème étage - Casablanca