

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

M23- N° 0034198

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.N. 202485  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MIRDASS Fatima  
 Date de naissance :  
 Adresse : Av. 7. J. El Fassi Rés. Al Rads n° 12 - Fes  
 Tél. : 069990312 Total des frais engagés : 1082.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/24  
 Nom et prénom du malade : MIRDASS FATIMA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Toux  
 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 : Fes Le : 31/01/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

PRAFR05/V2/20-10-2023

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
21/10/24	CS		21900	 Espace Médical des Immeubles 1er Etage Bureau 1 55 65 35 35 - INPE : 141137407 <b>DR CHRIFA ALAOU</b>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/24	682,80 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/10/99	Rx Thorax	179,00

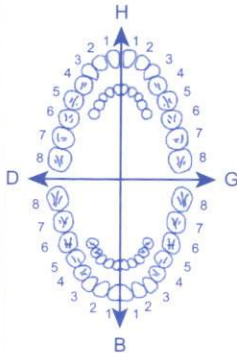
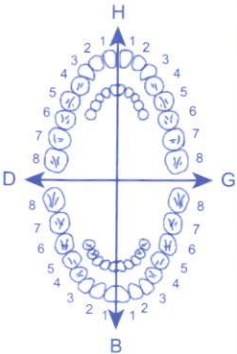
[illegible]

# 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			
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                  25533412 21433552                  00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>                  00000000 00000000                  35533411 11433553  <b>B</b> </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. Mouna CHRIFI ALAOUI**  
**Pneumologue allergologue**

Ex Medecin au Centre Hospitalier Universitaire  
CHU Avicenne et Hopital My Youssef Rabat  
Ex Chef de Service de Maladies Respiratoires Région Fes Meknes  
Ex responsable de programme national de lutte antituberculeuse



**الدكتورة منى شريفى علوي**  
**اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي**  
**والحساسية وأمراض السبل**

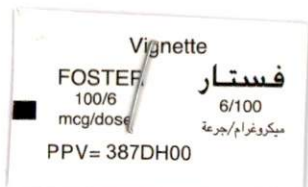
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا ومولاي يوسف بالرباط  
رئيسة سابقة لمصلحة الأمراض التنفسية جهة فاس مكناس  
مسؤولة عن البرنامج الوطني لمحاربة داء السل

31/01/2024

**M. MIRDASS FATIMA**

**ORDONNANCE**

- 1) **FOSTER POUDRE POUR INHALATION**  
1 bouffée x2/j SE RINCER LA BOUCHE APRES



- 2) **AERIUS**  
1 CP/J LE SOIR

( - Traitement d'un mois - )



( - Traitement d'un mois - )

- 3) **ERAXIN 500**  
1cp par jour pd 7jours

PPV :  
LOT :  
PER : 114.00

- 4) **EFFIPRED 20**  
2cp ET DEMI par jour LE MATIN pendant 5jours APRES REPA

Pharmacie Al Youst  
DR. IBRAHIM CHAHABEDDINE  
Rte d'Immouzer Derb Chraïbi  
Lot 15 - Fès  
Tél : 05 35 60 92 93

- 5) **BUTOVENT SPRAY**  
2 b 4 fois/j pd 7 j puis 2b a la demande



**Dr CHRIFI ALAOUI MOUNA**  
Pneumo Phthisiologue  
Espace Ribab Fes Immeuble C  
1er Etage Bureau 1  
Tél : 05 35 65 33 35 - 05 35 65 33 35

Lot n° : 008T121B  
Pér. : 06-2026  
Médicament autorisé  
N°: 132/19/DMP/21/NRQDNM  
P.P.V : 42 DH 20

06 10 82 54 04 05 35 65 33 35

Espace Ribab - Fes Immeuble C - 1er étage - Bureau I (à côté de café Assouan)

**Dr. Mouna CHRIFI ALAOUI**  
**Pneumologue allergologue**

Ex Medecin au Centre Hospitalier Universitaire  
CHU Avicenne et Hôpital My Youssef Rabat  
Ex Chef de Service de Maladies Respiratoires Région Fes Meknes  
Ex responsable de programme national de lutte antituberculeuse



**الدكتورة منى شريفى علوي**  
**اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي**  
**والحساسية وأمراض السل**  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا ومولاي يوسف بالرباط  
رئيسة سابقة لمصلحة الأمراض التنفسية جهة فاس مكناس  
مسؤولة عن البرنامج الوطني لمحاربة داء السل

31/01/2024

**M. MIRDASS FATIMA**

**Note d'honoraire**

Désignation	Montant
CONSULTATION	250,00
RADIOGRAPHIE THORACIQUE	150,00
Total Honoraires en MAD	400,00

**DR CHRIFI ALAOUI MOUNA**  
**Pneumologue Allergologue**  
Espace Rihab - Fes Immeuble C - 1er étage Bureau 1  
Tel : 05 35 65 33 35 - IMPE : 14157107

**Dr. Mouna CHRIFI ALAOU**  
**Pneumologue allergologue**

Ex Medecin au Centre Hospitalier Universitaire

CHU Avicenne et Hôpital My Youssef Rabat

Ex Chef de Service de Maladies Respiratoires Région Fes Meknes

Ex responsable de programme national de lutte antituberculeuse



**الدكتورة منى شريفى علوي**  
**اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي**  
**والحساسية وأمراض السل**

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا ومولاي يوسف بالرباط  
رئيسة سابقة لمصلحة الأمراض التنفسية جهة فاس مكناس  
مسؤولة عن البرنامج الوطني لمحاربة داء السل

31/01/2024

**M. MIRDASS FATIMA**

**RADIOGRAPHIE DU THORAX**  
**CUL DE SAC LIBRES**

**DISTENTION THORACIQUE BILATERALE**

**PAS D'ATTEINTE PARENCHYMEUSE**

**DR CHRIFI ALAOU MOUNA**  
**Pneumologue allergologue**  
**Espace Rihab - Fes Immeuble C**  
**1er étage - Bureau 1**  
**Tel : 05 35 65 33 35 - IMPE : 141157107**

☎ 06 10 82 54 04 ☎ 05 35 65 33 35

🏠 Espace Rihab - Fes Immeuble C - 1er étage - Bureau 1 (à côté de café Assouan)