

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M23- N° 0034200

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 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 une fois par an.

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M 202487
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MIRDASS Fatima
 Date de naissance :
 Adresse : Av. Med El Fassi Résid AL Wads n°19 Fès
 Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 805.10 Dhs

PRAFR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/03/24
 Nom et prénom du malade : 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 05/03/24 Fès Le : 05/03/24
 Signature de l'adhérent(e) :

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
07/02/24	apivande		50000	

PICHRI ALAOUA
 Praticien en Odontologie
 Exp. lib. n° 13455 - INPE : 14113

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AIN LAHNACH DR KALI REDA AIN LAHNACH ANNEXE DE TIZGHT PROVINCE IFRANE TEL : 06 67 74 98 01 INPE :	08/02/2024	305,10

132095118

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
		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 :

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2">B</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D	B		G	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H		G																								
		25533412	21433552																									
		00000000	00000000																									
		D	B		G																							
00000000		00000000																										
35533411		11433553																										
(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. Mouna CHRIFI ALAOU
Pneumologue allergologue

Ex Médecin 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 السبل

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

05/03/2024

M. MIRDASS FATIMA

ORDONNANCE

1) FOSTER

1 b 2fois j pd 2 mois

2) CURALERSIROP

1 CAS X3 j pdt 15j

3) IRYAS

1 CPJ

7,5

7,5

7,5

79,50

78,60 + 73,50 x 2

305,1

(- Traitement de 3 mois -)

Lot:

A consommer de préférence avant le: WT848

PPC: 79,50 DH 10/2026

YRIAS® 5mg 30 Comprimés p

PPV 78DH60
EXP 03/2025
LOT 16089 1

YRIAS® 5mg 30 Comprimés p

PPV 73DH50
EXP 03/2025

PPV 73DH50 1
EXP 03/2025
LOT 16089 1

PHARMACIE AIN LAHNACH
DR KALI REDA
AIN LAHNACH ANNEYE DE TIZGUIT
PROVINCE IFRANE
TEL : 06 67 74 98 01

Dr CHRIFI ALAOU MOUNA
Pneumo Physiologue
Espace Ribab Fes Immeuble C
1er Etage Bureau 1
Tel : 05 35 65 33 35

06 10 82 54 04 05 35 65 33 35

Espace Ribab - Fes Immeuble C - 1er étage - Bureau 1 (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 البرامج الوطني لمحاربة داء السل

05/03/2024

M. MIRDASS FATIMA

Note d'honoraire

Désignation	Montant
SPIROMÉTRIE	500,00
Total Honoraires en MAD	500,00

DR CHRIFI ALAOUI MOUNA
Pneumologue Phtisiologue
Espace Rihab Fes Immeuble C
1er Etage - Bureau 1
Tél : 05 35 65 33 35

☎ 06 10 82 54 04 ☎ 05 35 65 33 35

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



Cabinet de Pneumologie Allergologie

Dr.Mouna Chrifi Alaoui

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Tél: 0535653335 / Adresse: Avenue Allal Ben Abdelah Espace Rihab-Fés Immeuble C

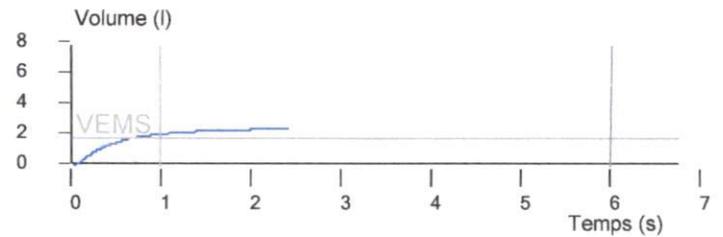
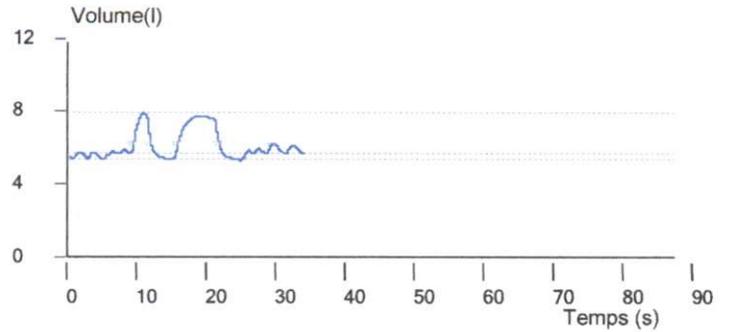
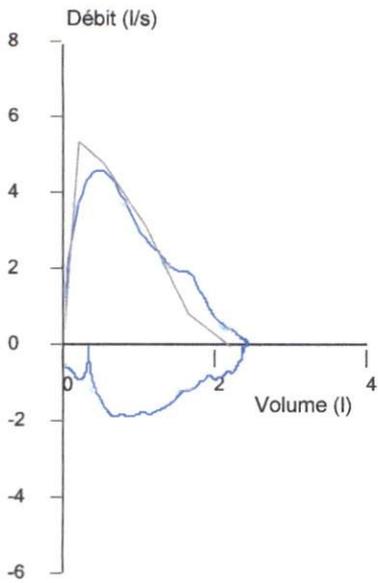
Nom : **FATIMA MIRDASS**

Taille: 160 cm Age: 76 Ans Date Naissance:01/01/1948

ID: **B352296**

Poids: 64 kg Genre: Féminin BMI: 25,0 kg/m²

Medication:



Paramè...	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
CV	l	2,20	2,51	114	
CI	l	2,14	2,16	101	
VC	l		0,28		
VRE	l	0,55	0,35	63	

Paramè...	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VEMS	l	1,82	2,14	118	
CVFex	l	2,22	2,44	110	
VEMS/C...	%	75	88		
DEP	l/s	5,41	4,65	86	
DEM25	l/s	0,89	1,43	160	
DEM50	l/s	3,18	2,59	81	
DEM75	l/s	4,85	4,51	93	
DEM 25...	l/s	2,34	2,73	117	
tex	s		2,2		

Commentaire:

Spilometrie normale

Dr. CHRIFI ALAOUI MOUNA
 Pneumo Phtisiologue
 Espace Rihab Fes Immeuble C
 1er Etage Bureau 1
 Tél : 05 35 65 33 35

Date: 05/03/2024
 Temps: 12:41

Température ambiante: 23 °C
 Pression ambiante: 999 hPa
 Humidité ambiante : 50 %

Technicien :