

## 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

- 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

M23- N° 0034200

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1497 Société : R.A.M 902487

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MIRDASS Fatima

Date de naissance :

Adresse : Av. Med El Fassi Résid AL Wads n°19 Fés

Tél. : 0699900310 Total des frais engagés : 805.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr CHRIFI ALAOU MOUNA  
Pneumo Phthisiologue  
Espace Ribab Fes Immeuble C  
1er Etage Bureau 1  
Tél : 05 35 65 33 35 - INPE : 141157107

Date de consultation : 05/03/2024

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.

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 : 05/03/2024 Fés 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

05/01/2024	aplanche	50000		
------------	----------	-------	--	--

# 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

05/01/2024 305,10

INPE :

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

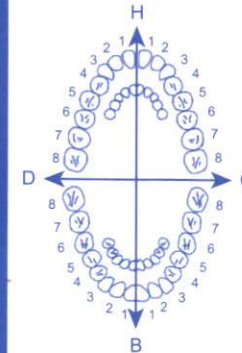
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 السبل

05/03/2024

**M. MIRDASS FATIMA**

**ORDONNANCE**

1) FOSTER

1 b 2 fois j pd 2 mois

2) CURALERSIROP

1 CAS X3 j pdt 15j

3) IRYAS

1 CPJ

( - Traitement de 3 mois - )

Lot: WT848  
A consommer de préférence avant le: 10/2026  
PPC: 79,50 DH

**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 ANNEVE DE TIZGUIT  
PROVINCE IFRANE  
TEL : 06 67 74 98 01

**Dr CHRIFI ALAOUI MOUNA**  
Pneumo Physiologue  
Espace Rihab Fes Immeuble C  
1er Etage Bureau 1  
Tel : 05 35 65 33 35

06 10 82 54 04 05 35 65 33 35

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

**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

05/03/2024

**M. MIRDASS FATIMA**

**Note d'honoraire**

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

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

06 10 82 54 04 05 35 65 33 35

Espace Rihab - Fes Immeuble C - 1er étage - Bureau I (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

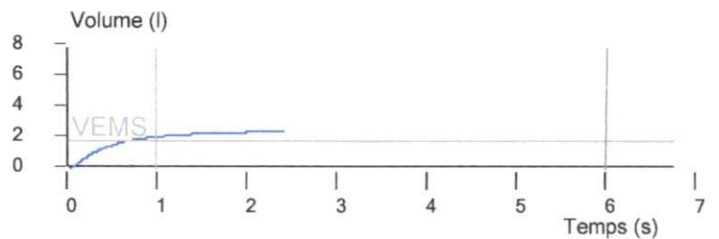
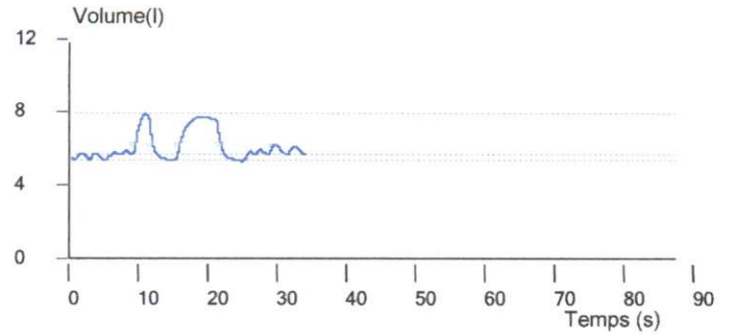
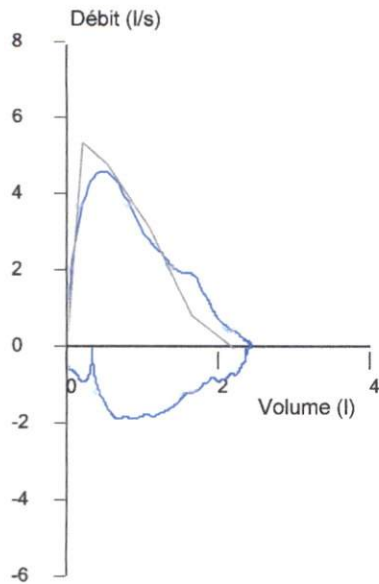
Nom : **FATIMA MIRDASS**

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:

*Spikométrie*  
Dr. CHRIFI ALAOU 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 :