

## 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 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 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-633390

101335

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1712 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAYANI MECHKOURI Aggeldine  
 Date de naissance : 16 Jan 57  
 Adresse : 45 Rue Moussade Hay Farah Es  
 Tél : 0663 47 1062 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Moutchir DAOUNDI  
 Rés. Camelia Angle Av. Diouri  
 et Rue Md. Abdou, bureau 39 - Kénitra  
 Tél: 05 37 36 00 22 / 07 08 07 80 86

Date de consultation : 26 / 11 / 2021  
 Nom et prénom du malade : Hayani Mechkouri Aggeldine Age : 66 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : pleurésie de faible étendue  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013



**Dr. Mouhcine DAUDI**  
**PNEUMO-PHTISIOLOGUE**

Camelia, Angle Av. Diouri  
et Rue M. Abdou bureau 39 - Kénitra  
Cachet et signature du Médical  
Tel: 05 37 86 00 22 / 07 08 97 30 86  
attestant le Paiement des Actes

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES			
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
26/11/2022	C.S.	1	260,00
2022			DM



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/11/2022	1714,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
	26/11/2022	240	240,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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. Mouhcin DAUDI**

PNEUMO-PHTISIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat  
Ancien Médecin résident de l'hôpital My Youssef de Rabat  
Asthme - Tuberculose - Allergies respiratoires -  
Sevrage tabagique..



د. محسن داودي

أخصائي أمراض الرئة والسل

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط  
طبيب مقيم سابق بمستشفى مولاي يوسف بالرباط  
الربو - السل - الحساسية -  
الإقلاع عن التدخين ..

Kénitra le = 26/11/2021

M. Hayani Nekkouni Arzouini

Ecodar  Sachets 28.

1 sachet x 31 ml 08 jours

Pharmacie Centre Ville  
Dr. BEN M. SAOUD FOUAD  
Tél.: 05 37 17 67 29 / Kénitra

Dr. Mouhcin DAUDI  
PNEUMO-PHTISIOLOGUE  
Rés. Camélia, Angle Av. Djouri  
et Rue Md. Abdou, bureau 39 - Kénitra  
Tél: 05 37 36 00 22 / 07 88 07 80 86



Bureau 39, 3ème étage, résidence CAMELIA 109,  
angle avenue Md Diouri et rue Md Abdou - Kénitra  
(en face de la station winxo et de la conservation foncière)



05 37 36 00 22



07 08 07 80 86

**Dr. Mouhcin DAOUDI**

PNEUMO-PHTISIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin résident de l'hôpital My Youssef de Rabat

Asthme - Tuberculose - Allergies respiratoires -

Sevrage tabagique..



**د. محسن داودي**

أخصائي أمراض الرئة والسل

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيب مقيم سابق بمستشفى مولاي يوسف بالرباط

الربو - السل - الحساسية -

الإقلاع عن التدخين ..

Kénitra le : 26/11/2011

Dr. Heyani Nekouri Azouline

Faut rap =

→ une Rx thoracique de face

**Dr. Mouhcin DAOUDI**  
**PNEUMO-PHTISIOLOGUE**  
Rés. Camelia Angle Av. Diouri  
et Rue Md. Abdou, bureau 39- Kénitra  
Tél: 05 37 36 00 22 / 07 08 07 80 86  
INPE



Bureau 39, 3ème étage, résidence CAMELIA 109,  
angle avenue Md Diouri et rue Md Abdou - Kénitra  
(en face de la station winxo et de la conservation foncière)



05 37 36 00 22



07 08 07 80 86





IRM 1.5 Tesla

فحص بالرنين المغناطيسي

SCANNER 64 BARRETTES 3D • RADIOLOGIE NUMERISEE • ECHOGRAPHIE • DOPPLER COULEUR  
OSTEODENSITOMETRIE • MAMMOGRAPHIE NUMERISEE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERISE • CONE BEAM

Kénitra, le 26/11/2021

Mr. Azzeddine HAYANI MECHKOURI

## RADIO DES POUMONS DE FACE

- Cul de sac costo-diaphragmatique droit émoussé.
- Pas de lésion parenchymateuse visible.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

Dr. Driss TEBBA

RADIOLOGIE EL HILAL  
55, Bd Moulay Abdelaziz - KENITRA  
Dr. Driss TEBBA

**GROUPE RADIOLOGIE HILAL**

**RADIOLOGIE-ECHOGRAPHIE-SCANNER**

---

**Docteur** : Driss TEBBA  
**Téléphone** : 05-37-37-45-30  
**Adresse** : 55,Boulevard My Abdelaziz  
**N.d'identification** : 03700260  
**N.CNSS** : 2059724  
**Patente** : 20110836  
**Mail** : radiologieelhilal@gmail.com  
**ICE** : 001548182000072  
**INPE** : 050000579

**FACTURE N°6426/21**

**Date** : 26/11/2021  
**Nom du patient** : AZZEDDINE HAYANI MECHKOURI  
**Examen** : POUMONS FACE  
**Tarif** : 200,0 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de:

**Deux Cents Dirham(S)**

**RADIOLOGIE EL HILAL**

Dr. Moulay-Abdelaziz - KENTRA

Dr. Driss TEBBA