

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-698111

112131



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

8963

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AISSAOUI OTHMANE

Date de naissance :

04/01/71

Adresse :

H2y Laymouna II Rue 35 N°66 CS82

Tél. :

06 614 709 66

Total des frais engagés :

900

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur O. LARAQUHOSSINI  
Enfants et Adultes  
Maladies Respiratoires Allergiques  
Maladies du Sommeil

15 MARS 2022

Date de consultation :

AGEF

Nom et prénom du malade :

Docteur O. LARAQUHOSSINI

Lien de parenté :

Enfants et Adultes

Nature de la maladie :

Conjoint

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Maladies Respiratoires Allergiques

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 : CS82

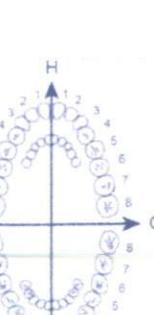
Signature de l'adhérent(e) : 3.1 / 031 22

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	35533411	11433553														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												

**Cabinet d'Exploration Respiratoire,  
d'Allergologie et du Ronflement**

**Docteur O.H. LARAQUI**

Maladies Allergiques Respiratoires

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la société Française d' Allergologie

Casablanca, le

15 MARS 2022

Mme Jamila AGELFI

RECU

Tests épicutanés K<sub>10</sub> = 600 DHS  
(Six cents dirhams)

Docteur O. LARAQUI HOSSEINI  
Enfants et Adultes  
Maladies Respiratoires et Allergiques  
Maladies du Sommeil

778, Bd El Qods 4<sup>ème</sup> étage, Casablanca- Tél: 05-22-48-26-86

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

**Dr Bouchaib EL MDARI**

Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité – Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 10/03/2022

PATIENT : **AGELFI JAMILA**  
MEDECIN TRAITANT :  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. PANORAMIQUE**

- Dentition incomplète.
- Caries dentaires.
- Alvéolyse apicale de la 46 et 47.
- Inclusion oblique de la 38.
- Légère procidence des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Les ATM sont d'aspect normal.

**Confraternellement**

**DR. LASRI FATIHA**

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oued Oum Rabii N°2 - Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 01 93 - 05 22 93 05 93 - Fax : 05 22 93 54 27 - E-mail : cro.radiologie.oulfa@gmail.com  
d. 05 22 93 54 27 - Fax 05 22 93 54 27

**I.S**