

# 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 canaux, 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 canaux.

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



## Déclaration de Maladie

M22- 0051917

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5647 Société : 146568  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELKAHER NORDINE  
 Date de naissance : 1/11/1954  
 Adresse :  
 Tél. : 0665276560 Total des frais engagés : Dhs

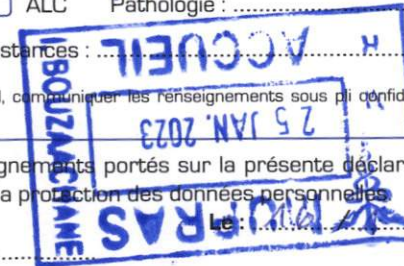
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 13/01/2013  
 Nom et prénom du malade : ELKAHER NORDINE Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection respiratoire  
 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 : Casablanca Le : 13/01/2013  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
13/01/23	(c.s)		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUANNI MOUNA 6-7 Rue du 11 Mars 1962 Casablanca 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69	13/01/23	460.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/01/23	(2)	200.00

# 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 canalaires, 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



Casablanca, le : .....

13/01/2023

MR EL KHAIER NOURDINE

- 40.00
- Effipred 20 mg - comprimé effervescent

2 comprimés le matin après les repas, pendant 5 jours

- 95.00
- Efloxin

1 Comprimé le midi après les repas, pendant 7 jours

- 248.00
- Seretide diskus 250µg/50µg - poudre pour inhalation  
récipient unidose

1 bouffée le matin et soir pendant 1 mois Se rincer  
après

- 55.00
- Dilator ecospray 100 µg / dose - suspension pour inhalation

2 bouffées x 4/J pendant 5 jours puis 2 bouffées à la  
demande si gêne respiratoire

- 22.50
- Belmazol 20 mg - gélule

1 Gélule, le matin avant les repas, pendant 7 jours

460.50

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMMI MOUMMA  
6-7 Rue Ain Asserdoun  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69



PPV 40DH00  
EXP 09/2025  
LOT 24015 10

LOT : 220589  
EXP : 03/2027  
PPV : 95,00DH

Glaxo  
Ain el Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 248,00 DH  
ID: 649669  
6 118001 144104

LOT: KJ20074  
PER: 03/2025  
PPV: 55 DH 00

22,50

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور, إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث, مكتب رقم 27 المعاريف, الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com



**CABINET DE PNEUMOLOGIE**  
**D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL**

*Dr Lineb Berrada*

**Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des troubles du Sommeil**

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DU d'Imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France  
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
et à l'hôpital 20 Août-CHU Ibnou Rochd Casablanca



**عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية و النوم والشخير**

**الدكتورة زينب بركة**

**أخصائية أمراض الجهاز التنفسي  
وأمراض النوم والشخير**

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبترير وبمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca, le : .....

**13/01/2023**

**MR EL KHAIER NOURDINE**

**Radiographie du thorax : Face**

**Exagération modérée de la trame bronchique de façon bilatérale .**

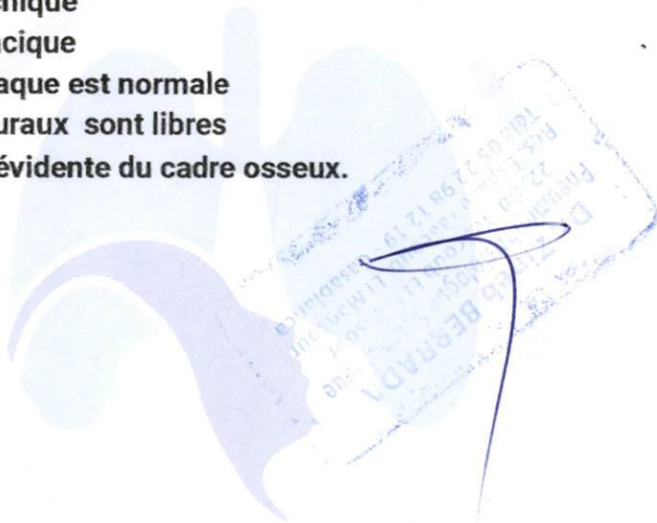
**Syndrome bronchique**

**Distension thoracique**

**Silhouette cardiaque est normale**

**Culs-de-sac pleuraux sont libres**

**Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.**



**Résidence Espace El Mansour**

**22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca**

**22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء**

**Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com**

Casablanca 13/01/2023

# FACTURE

A la suite de la consultation du 13/01/2023 de M EL KHAIER  
NOURDINE  
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :

ACTE :

MONTANT

RADIO THORAX

200.00DH

Merci de votre confiance

Dr. Zineb El Mansour  
Pneumologue  
22, Bd. Hassan II  
Rés. Espace 7  
Tel: 05 22 98 11 11  
Casablanca