

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2114	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RETRAITÉ
Nom & Prénom :		ACHIR ABDELGHANI	
Date de naissance :		21/01/1953	
Adresse :		13 RUE MOUSSA EL AYoubi E.G2 APT.04 BOUlevard GOURGAROU	
Tél. :		06 78 39 02 25	Total des frais engagés : 777,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Cabinet de pneumologie et d'Allergologie Professeur C.H LARAQUI 44, Bd Lalla Yacout CASABLANCA		
Date de consultation :	20 JAN 2023	Age :	1953
Nom et prénom du malade :	ACHIR ABDELGHANI		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchopneumopathie		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Coup de poing dans l'abdomen		
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 : CASA Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) : ACHIR BOUZZAHA



#### **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
20 JAN 2023	32		300 DH	<p style="text-align: right;">Cabinet de Pédiatrie et d'Allergologie</p> <p style="text-align: right;">Professeur CH ARAQOU</p> <p style="text-align: right;">44, Bd Lalla Yacout</p> <p style="text-align: right;">Casablanca</p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAC LAHBA A5, Bd de Bourgogne 27300 tel: 05 20 00 0463 35601098 IMPF 09/23</i>	26 Janv 2023	277,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Cabinet de Radiologie et d'Anatomopathologie Professeur CHU LAROUSSE et Dr Laia Yacoub ANCA</i>	<i>20 JAN 2023</i>	<i>Radiogramme T12</i>	<i>200\$</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

### **Important :**

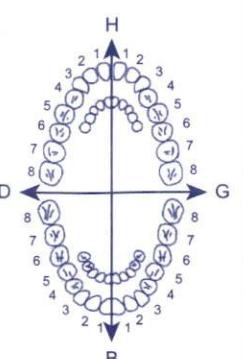
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

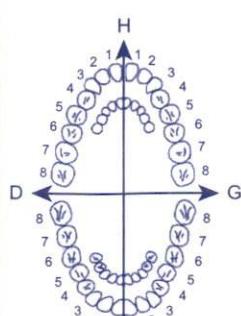
## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



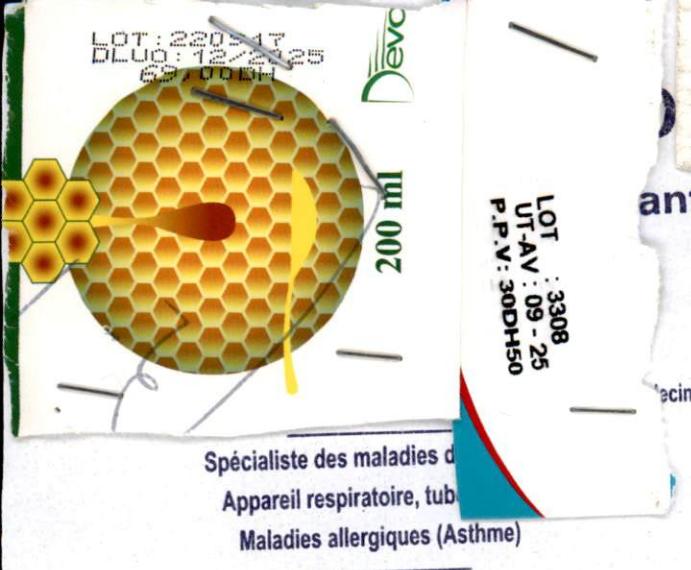
(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>									
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>										<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>										<b>MONTANTS DES SOINS</b>
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>										<b>DATE DU DEVIS</b>
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>										<b>DATE DE L'EXECUTION</b>
										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LOT : 220507  
EXP : 04/2025  
PPV : 42,70DH

LOT N°:  
UT. AV:  
PPV (DH):

LOGIE

الدكتور ش. ح. العراقي  
أستاذ العلوم الطبية

عضو الأكاديمية الوطنية للطب، باريس  
دكتور في علوم الحياة والصحة  
diplôme de l'Etat français en tant que diplôme de la recherche scientifique

الاختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى  
الصدر داء السل  
الضيقية أمراض الحساسيات

diplôme en médecine de l'appareil respiratoire  
diplôme en médecine des allergies  
diplôme en éducation à la santé respiratoire  
diplôme en arrêt respiratoire pendant le sommeil

20 JAN 2023

M. Abdelghani ACHIR

Lot : 220589  
PPV : EXP : 05/2027  
Exp : PPV : 95,00DH

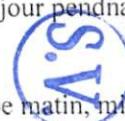
1- Efloxin 500 mg



95,00

1 comprimé par jour pendant 7 jours

2-Argo



30,50

1 cuillère à soupe matin, midi et soir

3- Predni 20 mg

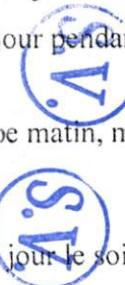


40,00

3 comprimés par jour en une seule prise après le repas de midi pendant 2 jours puis 2

comprimés par jour pendant 3 jours puis arrêt

4-DociVox



69,00

1 cuillère à soupe matin, midi et soir

5-Aler-Z



42,70

1 comprimé par jour le soir pendant 8 jours

277,70

Régime pauvre en sel et en sucre pendant la cure de Predni

Pharmacie AL FARABI  
LAHBABI Amina  
45, 8<sup>e</sup> de Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522.27.35.82  
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019  
INPE 092004639

Cabinet de Pneumologie  
et d'Allergologie  
Professeur C.H LARAQUI  
44 Bd Lalla Yacout  
CASABLANCA

**Professeur C.H. LARAQUI**  
Pneumologue & Allergologue  
Enfants & Adultes  
39, Boulevard Lalla Yacout, Casablanca  
Tél. 022.44.55.84  
Tél/Fax. 022.54.39.47

Casablanca, le

20 JAN 2023

M. Abdelghani  
ACHIR

## **RECU ET COMPTE RENDU**

Rx poumon de face : accentuation de la trame bronchique

Rx poumon Z<sub>12</sub> = 200 DHS  
(Deux cents dirhams)

Cabinet de pneumologie  
et d'Allergologie  
Professeur C.H LARAQUI  
44, Bd Lalla Yacout  
CASABLANCA