

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-637640

*Couvert*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1647 Société : *158039*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boutayout Lahoucine

Date de naissance : 01-01-1956

Adresse : Rue 908 N°41 Dcheira Agadir

Tél. : 06 68 39 71 38 Total des frais engagés : 450,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed KAGRAGUI**  
**PNEUMOLOGUE**  
Place des Bus, Imm. Achar  
AGADIR - Tél: 05 28 82 80 10

Date de consultation : 06 ou 1 2023

Nom et prénom du malade :

*Belkati Zahra*

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

*Insuffisance cardiaque chronique*

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 : Agadir

Le : 06 10 1 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-637640

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1647

Nom de l'adhérent(e) : Boutayout Lahoucine

Total des frais engagés : 450,00 Dhs

Date de dépôt :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

Dr. Mohamed KHARAGUE  
PNEUMOLOGUE  
Place des Bus, Imm. Achar  
AGADIR - Tél: 05 28 82 80 10

INPE: 041117755

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
06.06.23		ZLC	<p>Dr. Mohamed ELKHAL PNEUMOLOGUE Place des M. Imm. Acha ACADIR - Tél. 05 28 92 80. INF: 04111775</p>

Montant  
des Honoraires

Montant  
des honoraires  
**Dr. Mohamed EL KHAROUF**  
**PNEUMOLOGUE**  
Place des D. I. Imm. Achar  
AGADIR - Tél. 05 28 82 80 10

INFE: 0411177

[illegible]

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

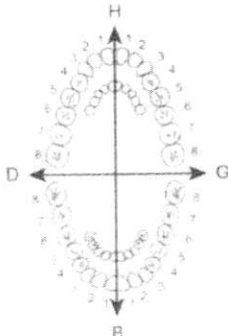
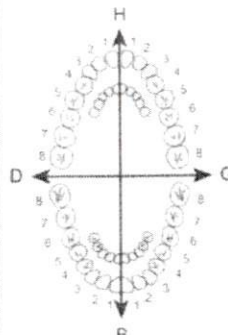
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'ODF.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

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

INP : \_\_\_\_\_

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DATE DU	
DEVIS	

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## **CABINET DE PNEUMOLOGIE**

**Docteur Mohamed RAGRAGUI**

**06/04/2023**

### **Compte rendu radiologique de** **Mme Zohra BELKADI**

#### **Radio thoracique de Face**

**Indication:** Pleuropneumopathie basale droite, controle radio-clinique

#### **Interprétation:**

Regression quasi-complète de la Pleuropneumopathie, bande d'atelectasie horizontale basale droite résiduelle.

**Dr. Mohamed RAGRAGUI**  
**PNEUMOLOGUE**  
Place des Bus, Imm. Achar  
AGADIR - Tél: 05 28 82 80 10



INDE-AGADIR-2023



## **CABINET DE PNEUMOLOGIE**

**Docteur Mohamed RAGRAGUI**

**06/04/2023**

**Honoraires médicaux de  
Mme BELKADI Zohra**

<b>Consultation de Pneumoallergologie</b>	<b>250</b>
<b>Radiographies Thoraciques</b>	<b>200</b>
<b>Explorations Fonctionnelles Respi</b>	
<b>Tests Cutanés Allergologiques</b>	
<b>Autres (</b>	

---

**Total Payé ce jour le      06/04/2023      450    DH**

**Dr. Mohamed RAGRAGUI**  
**PNEUMOLOGUE**  
Place des Bus/Imm. Achar  
AGADIR - Tél: 05 28 82 80 10  
INPE: 041117755

Imm ACHAR Place des Bus Q.I. AGADIR Tel/Fax: 05.28.82.80.10  
T.P: 48105432 - I.N.P.E: 041117755 - I.C.E: 001816213000017



**CABINET DE PNEUMOLOGIE**

**Docteur Mohamed RAGRAGUI**

**15/02/2023**

**Compte rendu radiologique de**  
**Mme Zohra BELKADI**

**Radio thoracique de Face**

**Indication:** Controle radio-clinique de Pleuropneumopathie basale droite

**Interprétation:**

**Nette diminution de la pneumopathie basale droite sans pleurésie.**

**Dr. Mohamed RAGRAGUI**  
**PNEUMOLOGUE**  
Place des Bus, Imm. Achar  
AGADIR - Tél. 05 28 82 80 10  
  
INPE: 041117765



**CABINET DE PNEUMOLOGIE**  
Docteur Mohamed RAGRAGUI

**15/02/2023**

**Honoraires médicaux de**  
**Mme BELKADI Zohra**

Consultation de Pneumoallergologie	250
Radiographies Thoraciques	200
Explorations Fonctionnelles Respi	
Tests Cutanés Allergologiques	
Autres (	

---

**Total Payé ce jour le 15/02/2023 450 DH**

**Dr. Mohamed RAGRAGUI**  
**PNEUMOLOGUE**  
Place des Bus, Imm. Achar  
AGADIR - Tél: 05 28 82 80 10



Imm ACHAR Place des Bus Q.I. AGADIR Tel/Fax: 05.28.82.80.10  
T.P: 48105432 - I.N.P.E: 041117755 - I.C.E: 001816213000017



Agadir, le 06/04/2023

**SERVICE MALADIE.**

-Adhérent : BOUTGAYOUT LAHOUCINE.

-MLE : 1647.

-Dossier N° : W21-637644.

-Malade : BELKADI ZOHRA.

**Objet: compliment des pièces de dossier maladie cité en marge.**

Bonjour,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint les documents demandés  
relativement au dossier maladie cité en marge.

- La facture.
- Le compte rendu de la radio.

NB/Nous vous informons que l'ordonnance a été déjà envoyé par courrier physique avec le  
premier dossier.

Nous vous en souhaitons bonne réception.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les plus dévouées.