

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 069628

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société : 168725  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Rhoulam Rita  
 Date de naissance : 01-07-1974  
 Adresse : Terrasses de Bouskoura imm 10 apt 1  
 ville verte  
 Tél. : 06.6133 4217 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Myriam BRICHA  
 Pneumologue - Allergologue  
 Angle bd El Djas et bd Dakhla  
 Rés. "Les Rosters", Immeuble 4ème étage, n° 14-1  
 Ain chock - Casablanca Tél. : 05 22 50 19 35

Date de consultation : 17-07-2023  
 Nom et prénom du malade : Rhoulam Rita Age : 49  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection pulmonologique  
 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 : 17 / 07 / 2023

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
17/07/23	C5		300,00	Dr. Myriam Pneumologue et Angé bd El Qods rés. Les Rosiers, Imn. 4ème étage, tin chock - Casablanca - Tél : 05 22 57 09 57

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie loglaza MOULHILLI PHARMA Tél : 05 22 57 09 57 / 05 86 74 74 62	17/07/2023	562,75

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

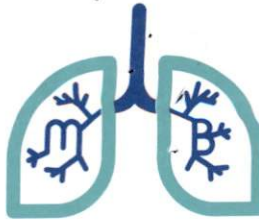
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Myriem BRICHA**

Pneumologue - Allergologue

Maladies respiratoires - Asthme et allergies  
Aide au sevrage tabagique - Maladies liées au sommeil  
Tests cutanés - Explorations fonctionnelles respiratoires



**الدكتورة مريم بريشة**

أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية  
الإقلاع عن التدخين - الأمراض المتعلقة بالنوم  
اختبارات الجلد - الكشف الوظيفي التنفسي

17/07/2023

Mme Rhodan Rita

297,00

Sy-biant 200

2 inhalot's x 2/jr

à faire lobache par

+ 1 inhalot suppl en

64,50

Nolox 500

à faire x 3/jr  
82,10

Esac 2000

1 gél/jr buster

119,10

Ritmo pulv nasal

2 pulv/jr buster

pharmacie  
laploza  
MOUJIB PHARMACIA  
Tél: 05 22 59 08 97 / 06 66 74 74 62

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubeir benou el soum-roches  
nord casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER  
Pâte pulv  
2004 µg  
Flacon de 120 doses  
104/4 DMP/21A/RQ P.P.V: 297,00 DH  
6 118001 020706

N° du Lot  
22 P 0 6  
Date Per.  
02/08/2023  
P.P.V: 119,10 DH

تقاطع شارع القدس و شارع الداخلة، إقامة "Les Rosiers"، عمارة رقم 1، الطابق 4، رقم 144، عين الشق، الدار البيضاء

Angle bd El Qods et bd Dakhla, Rés. "Les Rosiers", Imm. 1, 4<sup>ème</sup> étage, n° 144, Ain chock - Casablanca

Tél.: 05 22 50 19 35 E-mail: dr.myriembricha@gmail.com

avant  
Lot N° :  
Voir ci-contre

64,50 DH  
Lot: LNA002  
Per: 06-2025

N° d'enregistrement :  
DA20202007428DMP/20UCA/v1