

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

AS : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062532

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 559 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 181709

Nom & Prénom : ZAKRARI ALANI

Date de naissance : 1942

Adresse : Hay No 649 ABDELRAHMANOY48CASA

Tél. : 0665215176 Total des frais engagés : 864,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOUSTAFER EL IDRISSI AMAL  
Pneumo Phthiologue  
1er Etage Bd. Taza N° 3 Inara 2  
Ain Chock Casablanca  
Tél. : 05 22 52 19 01

Date de consultation : 09/10/2023

Nom et prénom du malade : EL BATOUL Samir Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : ..... Le : ...../...../.....

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
09/10/23	3		3000H	
09/10/23	Neurhésitation		2000H	

30/10/23	3000L	DR. MOUSTARH F. EL IDRISSI AMAL Pneumo Phthisiologue 1er Etage Bd. Taza N° 1 Inara
31/10/23	2000L	<del>DR. MOUSTARH F. EL IDRISSI AMAL Pneumo Phthisiologue 1er Etage Bd. Taza N° 1 Inara</del>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE AL AZHAR</p> <p>DICOUR MOHAMED</p> <p>133, Bd Taza Hay Miy Abdellah - Casablanca</p> <p>Tel : 05 22 21 59 66</p>	<p>26/10/23</p>	<p>179.40</p>

179.4

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/10/23	Rx Thorax	20000

2009

[illegible]

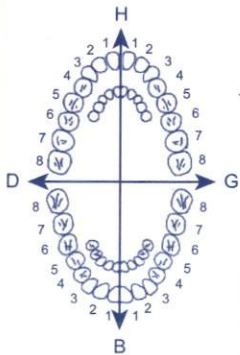
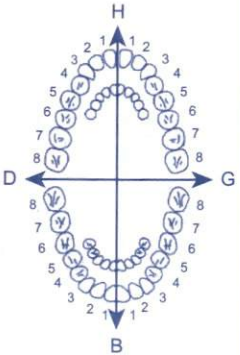
---

# 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>D</th> <th>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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Né le : 01/01/1943  
 Admis le : 14/10/2023 11h47  
 Org : MUPRAS

Casablanca, le

26/10/23

23J14114/0/

Mme SAMIRE EL BATOUL

PHARMACIE AL AZHAR  
 DIOURI MOHAMED  
 133, Bd Taza Hay Miy Abdellah - Casa  
 Tél : 05 22 21 59 66

LOT : 23E005  
 KARDEGIC 150MG  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 35DH70  
 PER-08 2025  
 6 118001 081189

① 20 → 20  
 97,90.  
 1 cpl

S.L.

LOT 230992 1  
 EXP 11 2027  
 PPV 45 80

② 20 → 20  
 45,80.  
 3 cpl  
 105,2

S.L.

LOT 230444 1  
 EXP 01 25  
 PPV 97.90 DH

③ 20 → 20  
 35,70  
 1 cpl  
 149,40

S.L.

Dr. TARIKI Rachid  
 Anesthésiste Réanimateur  
 GSM: 06 61 26 78 53



**Dr. MOUSTARHFIR EL IDRISSI AMAL**

**spécialiste des maladies  
respiratoires**



**د. المستغفر الإدريسي أمال**

**اختصاصية في أمراض  
الجهاز التنفسي**

Asthme - Tuberculose - Allergie  
Bronchoscopie  
Tests cutanés - EFR (spirométrie)  
Pathologie du sommeil

الضيق - السل - الحساسية  
الفحص بالمنظار  
فحص وظائف الرئة  
أمراض النوم  
إختبار الحساسية

Casa Le : 09/10/2023 الدار البيضاء

EL BATOUL Samire

2 / oxyflow 200  
1870 2B - 0 - 2B (x 2 fois)

PPV 185.00 DH

**PHARMACIE AL AZHAR**  
DIOURI MOHAMED  
133, Bd Taza Hay Mly Abdellah - Casa  
Tél : 05 22 21 59 66

**PHARMACIE AL AZHAR**  
DIOURI MOHAMED  
133, Bd Taza Hay Mly Abdellah - Casa  
Tél : 05 22 21 59 66

الطابق الأول ، شارع تازة ، الرقم 3 ، إنارة 2 ، عين الشق - الدار البيضاء

1er Etage, Bd Taza N° 3 Inara 2, Ain chock Casablanca

Tél.: +212 522 521 901 / Gsm : +212 663 407 724 / E-mail : a.elidrissim@yahoo.fr

Dr. MOUSTARHfir EL IDRISSI AMAL  
Pneumo Phthisiologue  
1er Etage Bd. Taza N°3 Inara 2  
Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 52 19 01

Docteur Moustarhfir EL Idrissi Amal

Pneumologue

Bd Taza N°3, Inara 2, Ain Chock, Casablanca

Casablanca, Le... 05/10/2023

Facture, Compte rendu de la Radiographie du Thorax

Mr, Mme, Mlle...

EL BATOUL Samire

A subi une radiographie du thorax ce jour et a payé : deux cent dirhams (200 Dirhams)

Résultat :

Rx thorax dans les limites de la normale.

Docteur Moustarhif EL IDRISSI AMAL  
Pneumo-Phylologiste  
1er Etage Bd. Taza N°3 Inara 2  
Ain Chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 52 19 01

Docteur Moustarhif EL Idrissi Amal

Pneumologue

Bd Taza N°3, Inara 2, Ain Chock, Casablanca

Casablanca, Le.....

09/10/2023

Facture de la Nébulisation

Mr, Mme, Mlle.....

EL BAToul Samir

A subi une nébulisation ce jour et a payé : deux cent dirhams (200 Dirhams)