

## 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- 0033221

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 958 Société : 196142  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : RAFID Abdelkader  
Date de naissance : 30/05/1942  
Adresse : 1913e Sahel Casablanca  
Tél. : 0676135577 Total des frais engagés : 280,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 FEB. 2024

Nom et prénom du malade : HAMDI FATMA

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

Nature de la maladie : Dégénératif

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 |
|                                |                   | C2                    | 8500                            |  |

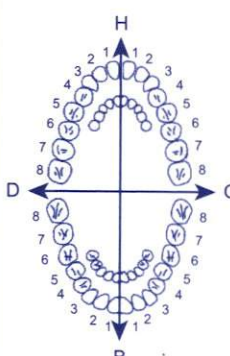
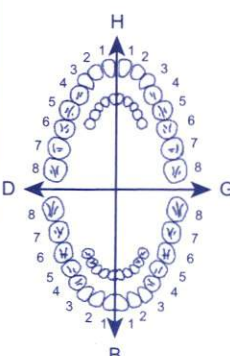
[illegible][illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>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.<br>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>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> |                     |  | 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  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Khalid TAZI SIDQUI**

DE L'UNIVERSITE DE PARIS  
EXPERT ASSERMENTE AUPRES DES TRIBUNAUX

**SPECIALISTE PNEUMOPHTISIOLOGUE**

MALADIES DES POUMONS - TUBERCULOSE  
ASTHME ET ALLERGIES RESPIRATOIRES  
CANCEROLOGIE THORACIQUE  
PATHOLOGIE RESPIRATOIRE DU SOMMEIL ET RONFLEMENT  
EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE  
FIBROSCOPIE BRONCHIQUE

**الدكتور خالد تازي صدقي**

خريج جامعة باريس  
خبير محلف لدى المحاكم  
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
أمراض الرئة - داء السل  
الضيق وحساسيات الجهاز التنفسي  
سرطان الرئة - الشيخير  
الفحص بالمنظار الداخلي  
التشخيص الوظيفي للرئة

Casablanca, le ..... 20/02/2024 ..... في الدار البيضاء

**MME HAMRI FATNA**

- **Effipred 20 mg**  
PRENDRE 2 COMPRIMES DISPERSIBLES AU MILIEU DU  
REPAS DE MIDI PENDANT 5 JOURS

- **Theophylline bruneau ad 350 mg**  
METTRE 1 SUPPOSITOIRE MATIN ET SOIR

- **Saflu 250 µg**  
INHALER 2 BOUFFEES MATIN ET SOIR PENDANT 2 MOIS

- **TOUDEX SUSPENSION BUVABLE**  
PRENDRE 1 CAS MATIN MIDI ET SOIR

PHARMACIE SALAM  
SEKKT & T. Adia  
430 Bd. Almonds Inna - Ain Chok  
Face CHSS. Casa  
Tel: 05 22 21 13 26 / 21 3402  
**INPE**  
192052034

Dr TAZI SIDQUI  
SPECIALISTE EN PNEUMOLOGIE  
1, Av Lalla Yacout - CASABLANCA  
Tel: 0522 22 09 88 - 0522 20 75 24  
Tel. Transana : 05 22 20 75 24

LOT: GB21779  
PER: 09/2024  
PPV: 185 DH 00

LOT 125913/PC8  
PER 06/2026  
PPC 79,90

المستعجلات الهاتف : 0661 151 257 Urgences

رقم 1 شارع لالة ياقوت - الطابق 2 0522 22 09 88/ 0522 20 75 24 © Casablanca 2ème étage - Av Lalla Yacut