

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

W21-839350

### 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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 ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Addou Idriiss yousef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 199865

PR4FR05/V2/20-10-2023

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAABOUDI. L  
Pneumologue  
Tél: 05.22.25.25.29  
ICE: 002191091000067  
INPE: 091022764

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2024

Nom et prénom du malade : BEN ADDOU IDRISS HAMZA Age :

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

Nature de la maladie : allergie respiratoire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 22/03/2024

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
01/03/24	CS		3000dh	Dr. LAABOU L. Pneumologue Tél: 05 22 29 35 29 CE: 002191051000007 INPE: 091022758

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie Lahjajma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél: 05 22 29 35 64

01/03/24

1094,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

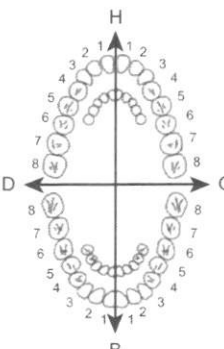
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

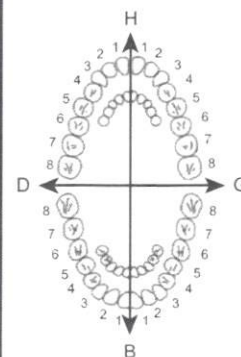
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient des Travaux
					

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires
--	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Cabinet de Pneumologie

## عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de service Phisiologie 20 Août

Ancien responsable du programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

Spirométrie

بوبي - البقالي

ب بباريس

مستشفى

20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

و أمراض الجهاز التنفسي بعمالة أنفا سابقا

السل - الضيقة - الحساسية

Casablanca, le 01-03-2016 في الدار البيضاء

10280

Ben Abbou

Idressi (Hassan)

2 pulvis / semaine 2x/ 1 secc

1x/

2) doreus

19 de secc 2 15

3) (24800x4) Serelid desir 250: 360

1 Bx 2/

COOPER PHARMA

PPV: 102,80 DH

50

Cif

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 248,00 DH

ID: 652280

6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 248,00 DH

ID: 652285

6 118001 141104

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 248,00 DH

ID: 653508

6 118001 141104

GlaxoSmithKline

Aïn El Aouda

Région de

PPV: 248

ID: 652854

6 118001 141104

laaboudilatifa@gmail.com : البريد الإلكتروني - 05 22 25 25 29 : ب

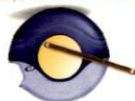
98, Rue Abou Salt Al Andaloussi Maarif (à côté Arrondissement

ICE : 00219 109100

98

ail.com

Poudre pour inhalation en récipient unidosé  
SYSTEME NON RECHARGEABLE



**SERETIDE**  
Diskus  
propionate de fluticasone/  
salmétérol

620000000080415

**250** microgrammes  
/50 microgrammes par dose

**250** microgrammes  
/50 microgrammes par dose



Poudre pour inhalation  
en récipient unidosé

SYSTEME NON RECHARGEABLE

620000000080415

**SERETIDE**  
Diskus  
propionate de fluticasone/  
salmétérol

**250** microgrammes  
/50 microgrammes par dose

**SERETIDE**  
Diskus  
propionate de fluticasone/  
salmétérol



Poudre pour inhalation en récipient unidosé  
SYSTEME NON RECHARGEABLE

**250** microgrammes  
/50 microgrammes par dose



Poudre pour inhalation  
en récipient unidosé  
SYSTEME NON RECHARGEABLE

620000000080415

**SERETIDE**  
Diskus  
propionate de fluticasone/  
salmétérol

**METANAZ**  
Mométasone  
Furo