

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10466

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BABAB 1971

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 119 76 94

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/02/2023

Nom et prénom du malade : Babar Othman

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

16 FEV 2023

ACCUEIL

21/2/2023



### RELEVE 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
2023 (es)			gpt	Dr. Zineb Zineb Pneumophtisiologue 22, Bd. Yacoub El Guider Bab Ezzouar Tél: 05 22 98 12 18

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Dr. EL MOUIMMI MOUMIA 6-7 Rue Al Massouda CIL, Casablanca Tél: 05.22.36.26.60 05.22.36.26.60	02/02/23	421.02

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### RELEVE 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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

  

ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H		25533412	21433552	
		00000000	00000000	
D	G	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
B				

  

		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS	
H					
D	G				
B					

  

				DATE DE L'EXECUTION	
H					
D	G				
B					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE  
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

*Dr Zineb Berrada*

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot  
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes  
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France  
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France  
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية والنوم والشخير  
الدكتورة زينب برادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي  
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة الفحص بالصدى من الجماعة الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالبتيير و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

MR BABA OTHMAN

- Foster - solution pour inhalation  
2 bouffées matin et soir pendant 1 mois (sans dépasser 8 bouffées par jour) Se rincer la bouche

- Azix 500 mg - comprimé  
1 Comprimé, matin après repas pendant 3 jours
- Febrex - poudre en sachet  
1 sachet, matin midi et soir pendant 5 jours

- Doliprane 1 g - comprimé  
1 Comprimé matin et soir pendant 3 jours ensuite si fièvre et/ou maux de tête

- Vita c 1000 - comprimé effervescents  
1 Comprimé, matin pendant 10 jours

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

PPV 79DH70  
PER 12/25  
LOT 1.2601

PPV 15DH30  
EXP 06/2025  
LOT 280311

PPV:14DH01  
PER:10/25  
LOT:L3611

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr EL MOLMINI MOUINA  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.61

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca  
22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطليق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء  
Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com