

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.

N° W21-637118

AS2250

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8227	Société :	L.A.N
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAHLALI ORNA			
Date de naissance :	23-11-64		
Adresse :			
Tél. :	06 61 96 70 67	Total des frais engagés : 490,00 Dhs Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

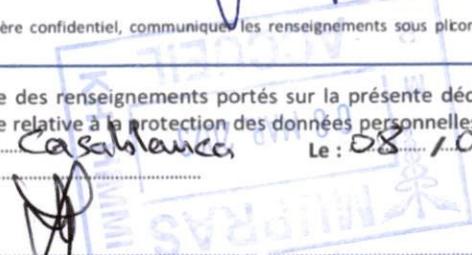
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	12/12/2022
Nom et prénom du malade :	LAHLALI ORNA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	DMX
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	Chute
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 : 08703723 Casablanca

Le : 08/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
12/12/2022	C2		157,00	IN : 108255 Signature : [Signature]
				Document Yannick PERDREAU DocuSign Envelope ID: 1E8A6E4C-0000-4A9B-BE8A-000000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIREDU Rotkia 15-16 Rue Kergomar Résidence Arbar Casablanca - Tél. 0522 79 79 01	12/12/2022	140,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/02/22	78	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naiima BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUKI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 12/12/2022

FACTURE N° : FA:00 11944/22

Nom : LAHLALI SHIRINE

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200,00 Dhs

DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

PULMONAIRE FACE

200,00 Dhs

Total de 200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

LAHLALI SHIRINE
Roudani
Casablanca
Tel: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
e-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH

400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
SPECIALISTE DES MALADIES
DES ENFANTS ET DES NOURRISSONS
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE
8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68
E-mail : kadazair@gmail.com
Urgence : 06 61 14 16 22
INPE : 091082354
ICE : 001746690000091

الدكتور قادا الزاير جمال

خريج كلية الطب بنانسي
حاصل على شهادة الاختصاص في أمراض الأطفال والرضع
ضيقة حساسية الطفل
8، شارع يعقوب المنصور الدار البيضاء
هاتف العيادة: 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68
مستعجلات: 06 61 14 16 22

Casablanca, Le 12/12/2022

LAHLALI Shirine

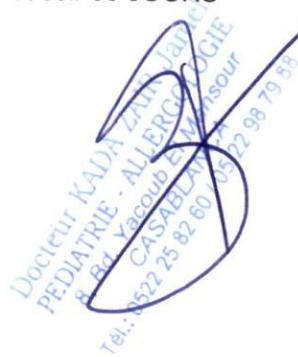
(Age: 11ans 4mois , Poids : 42.50 kgs)

40,8

EFFIPRED 20 mg
02 cp par jour 03 J



FITORAX sirop enfant
1 cuillère matin et soir 05 JOURS



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIRÉD J'Roukia
15-16 Rue Kergomar Résidence Arba
Essaouira Tel: 0522 15 79 01

الدكتور قادا الزاير جمال

DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
SPECIALISTE DES MALADIES
DES ENFANTS ET DES NOURRISSONS
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE
8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68
E-mail : kadazaair@gmail.com
Urgence : 06 61 14 16 22
INPE : 091082354
ICE : 001746690000091

خريج كلية الطب بنانسي
حاصل على شهادة الاختصاص في أمراض الأطفال والرضع
ضيقة حساسية الطفل
8، شارع يعقوب المنصور الدار البيضاء
هاتف العيادة: 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68
مستعجلات: 06 61 14 16 22

Casablanca, Le 12/12/2022

LAHLALI Shirine

URGENT

LAHLALI Shirine 19/07/2011

Toux spastique rebelle au traitement symptomatique

faire THORAX DE FACE



Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUKI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca , Le 12/12/2022

Patient
Médecin traitant
Examen(s) réalisé(s)

LAHLALI SHIRINE
DR KADA ZAIR JAMAL
PULMONAIRE FACE

COMPTE RENDU

Absence d'anomalie parenchymateuse visible.

Absence d'épanchement pleural.

La silhouette cardio-médiaستine est de morphologie normale.

Conclusion :

Image thoracique normale.

En vous remerciant de votre confiance
Dr. A.ADIL
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Maroc
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

EFFIPRED®

(Prednisolone)

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DHO0
EXP 08/2025
LOT 24015 2

effervescents à 5 mg

effervescents à 20 mg

Excipient qsp	à 5 mg	de métasulfobenzoate de sodium).....	5 mg
- Comprimés effervescents à 20 mg			1 comprimé effervescent
Prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate de sodium).....			20 mg

PROPRIETES

EFFIPRED® est un glucocorticoïde à usage systémique, utilisé principalement pour ses propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocrinien, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.