

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M22- 0057126

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01669

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MME ESSA Ri FATHIMA

Date de naissance : 10/05/1966

25/02/57

Adresse :

Tél. : 600 49 18 16

Total des frais engagés : # 943,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/2019

Nom et prénom du malade : ESSA Ri FATHIMA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie à la pollen

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'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 : 20/03/2019

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
2003.23	les 1		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUJE DJEJJADIDA 240, Bd Ben Sliman Roudani Casablanca Tél: 05 22 99 57	20/03/23	443,82

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.03.23	(2)	200.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

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

Foster 100/600 µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

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

PPV : 291DH00



ité de Médecine Paris Diderot
Médecine Paris Descartes
sociation G-echo, Paris France
e Pitié Salpêtrière Paris-France
Casablanca

عيادة أمراض الجهاز التنفسى

لـ الشخير

XOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

زنبيـ بـ رـ لـ دـة

هـاـزـ التـنـفـسـيـ

وـالـشـخـيـرـ

PPV 73DH80
EXP 10/2024
LOT 26036 5

شهادة اضطربات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للشخص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس ينتي سالبتيار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le :
20/03/2023

MME ESSARI FATIMA

291,00
• Foster - solution pour inhalation

✓ bouffées matin et soir pendant 14 jours puis 1 bouffée
matin et soir (sans dépasser 8 bouffées par jour) se rincer la
bouche après

73,80
• Ixor 20 mg - comprimé effervescents

1 cp le matin avant le repas du soir pendant 14 jours

79,00
• Additiva multivitamine

1 comprimé matin, pendant 10 jours

PHARMACIE Roudani J. Roudani
240 Bd Yacoub El Mansour Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعارف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

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 التنفسى
الحساسية والنوم والشخير
الدكتورة زينب بربادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى
أمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو
شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت
شهادة الفحص بالصدر من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدر بباريس
طبية سابقة بمستشفيات باريس يثي سالبيزير و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le :
20/03/2023

MME ESSARI FATIMA

Radiographie du thorax : Face

Syndrome bronchique

Opacité micro-nodulaire basithoracique gauche d'allure séquellaire

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.

Casablanca 20/03/2023

FACTURE

A la suite de la consultation du 20/03/2023 de MME ESSARI
FATIMA
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :

ACTE :	MONTANT
RADIO THORAX	200.00DH

Merci de votre confiance

Dr. Z. Y. Mansour - Somnologue
Prothomphée 22, Casablanca
Rés. Espace 12, 19 - Casablanca
Tel : 05 22 91 12 19