

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0015197

178758

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373

Société : RAA

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 1751

Adresse : 128, Akhadi Breiba Temerc

Tél : 0661945927

Total des frais engagés : 2437,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima Bourad  
Pneumologue Allergologue  
Somnologue Homéopathe  
Médecin Expert  
Après des Tribunaux du Royaume  
Tél: 05.37.60.97.87

Date de consultation : 12 SEPT. 2023

Nom et prénom du malade : EL HANI fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthme bronchique + Allergie

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 : Temerc

Le : 12 / 9 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU CONSEIL</b> Dr. Youssef LAHLOU <u>Pharmacien</u> 33, Lot Masrour, Témara Tél/Fax: 05 37 74 11 63	12/09/23	2216,00 102013850

102013850

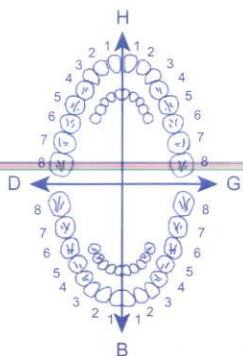
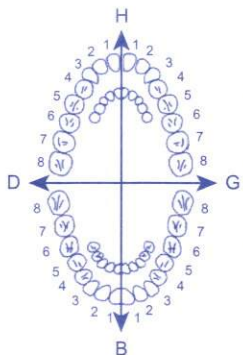
[illegible]Montant  
des Honoraires[illegible]Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

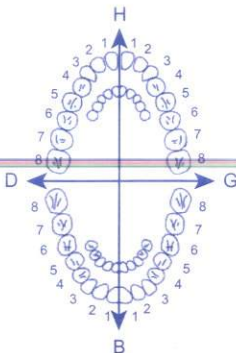
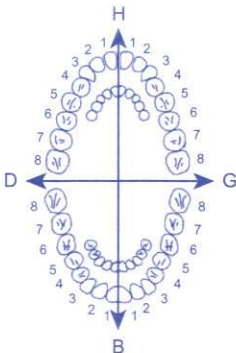
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>			
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>		
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>  DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					CCEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>H</div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>		
				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 L'EXECUTION



# Dr. Fatima BOURAD

Pneumo-physiologue et Allergologue

Ancienne spécialiste attachée au CHU Avicenne

Diagnostic  
Inhalatoires



ريرة فاطمة بوراد  
إض الجهاز التنفسي والحساسية  
مركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا  
ومعلاء يوسف ومركز تشخيص داء السل  
بمدينة بالصخوريات تمارة

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair benou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg Cpr GR  
Boite 14  
6405DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH  
118001 020591

تنفسية  
بيرة - داء السل  
رنا

سيرة أثناء النوم والشخير

83.10

108108000008190

83.10

NAZAIR® 50mg/dose  
Suspension pour inhalation nasale  
Flacon de 120 doses  
118001 1101269

LOT: GA20263  
PER: 03/2024  
PPV: 75 DH 00

Date : 12/09/2023

EL HANI FATIMA -

SYMBICORT TURBUHALER 200 µg / 6 µg Flacon de 120 doses (Budesonide | Formotérol)

1 INHALATION DE POUDRE MATIN ET SOIR PENDANT 3 MOIS

AIRFASTEC 10 MG Boite de 30 (Montelukast)

1 CP LE SOIR PENDANT 3 MOIS

ALLERGINE 10 MG Boîte de 30 (Loratadine)

1CP PAR SOIR PENDANT 3 MOIS

INEXIUM GR 20 MG Boîte 14 (Esomeprazole)

1 cp 30 mn avant ptt déj PENDANT 14 JOURS

MAZAX 500

1CP PAR JOUR PENDANT 3 JOURS

LEVOPHTA 0.05 % Flacon de 5 ml (Lévocabastine)

1 goutte 2/ jour pdt 1 mois

NAZAIR pulvérisation nasale

2 pulvérisations NASALS DANS CHAQUE NARINE chaque jour pdt 3 mois

PHARMACIE DU CONSEIL  
Dr. Youssef LAHLOU  
Pharmacien  
33, Lot Masrour, Témara  
Tél/Fax: 05 37 74 11 63

PHARMACIE DU CONSEIL  
Dr. Youssef LAHLOU  
Pharmacien  
33, Lot Masrour, Témara  
Tél/Fax: 05 37 74 11 63

Dr. Fatima Bourad  
Pneumologue Allergologue  
Sommeil Expert  
Médiclin Expert  
auprès des Tribunaux du Royaume  
Tél: 05.37.60.97.87