

## 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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM 18354A  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL KETTANI Sidi Hamid  
Date de naissance : 19 04 19 50  
Adresse : 98 RUE MIMOSA Appt 23 HAY ARRAHA  
Tél : 06 11 22 07 61 Total des frais engagés : 473,2 Dhs


#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/2023  
Nom et prénom du malade : EL KETTANI Sidi Hamid Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection 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'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 : CASABLANCA Le : 20/11/2023  
Signature de l'adhérent(e) : 


### 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.



### 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
15/11/23	Les		300.00	 <p>Dr. Zineb BERRAÏA Pneumophtisiologue Soins 22, Bd. Yaacoub El Mahjoub Rég. Espace Médical Tél: 0522 36 84 30 - 0522 36 84 31</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AL WOUROUD 67, Rue des Roses - Côté de Mosjid Annour - Beausejour Tél: 0522 36 84 30 - Casablanca Patente: 34808192</p>	15/11/23	173,70

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

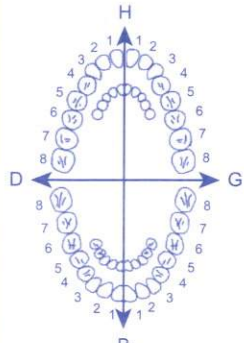
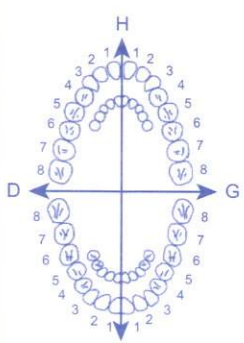
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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 زينة بركة

أخصائية امراض الجهاز التنفسي  
وأعراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو  
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات  
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بنيتي سالبرتيار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le :

15/11/2023

MR EL KETTANI SIDI HAMID



79,70 • Zithromax 500 mg - comprimé

1 comprimé le soir après repas pendant 3 jours

24,00 • Taraxet 25mg 1208 SL6

1 Comprimé soir pendant 14 jours

40,00 • Effipred 20 mg - comprimé effervescent

3 comprimés le matin après le repas pendant 5 jours

30,00 • Oedes 20 mg - gélule

1 Gélule, matin, avant les repas, pendant 5 jours

173,70

PHARMACIE AL WOUROUD  
67, Rue des Pêcheurs - Côté de  
Masjid Annour - Beausejour  
Tél: 05 22 98 84 30 - Casablanca  
Patente: 34808192

Dr Zineb BERRADA  
Pneumologue Somnologue  
22, Bd. Yacoub El Mansour  
Espace Yacoub El Mansour  
05 22 98 12 19 - Casablanca

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 المعاريف، الدار البيضاء

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



LOT 211546  
EXP 05/2024  
PPV 30.00DH

11-65. 70 84

20

سبق 20

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دہشت

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 40DH00  
EXP 02/2026  
LOT 2D011 16



Pfizer

# زيتروماكس

أزيتروميسين

3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 0 2 0 2 4

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : G T 0 5 3 5

79,70

09366030/4

- aphtes
- augmentations
- éruptions cutanées
- démangeaisons
- urticaire
- dermatite
- peau sèche
- transpiration excessive
- arthrose
- douleurs musculaires
- douleurs au dos
- douleurs au cou
- douleurs en urinant
- douleurs aux reins
- perte de sang atypique, abondante et prolongée du vagin
- troubles des testicules
- gonflement
- faiblesse
- malaise
- fatigue
- gonflement du visage
- douleurs thoraciques
- fièvre

31/DMP/21