

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W19-580125

58571

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8363	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL RHOUL MOHAMED			
Date de naissance : 15/01/1966			
Adresse : N° 92 lot Linet Sidi Drarouf			
Tél. : 0551187139	Total des frais engagés :	Dhs	

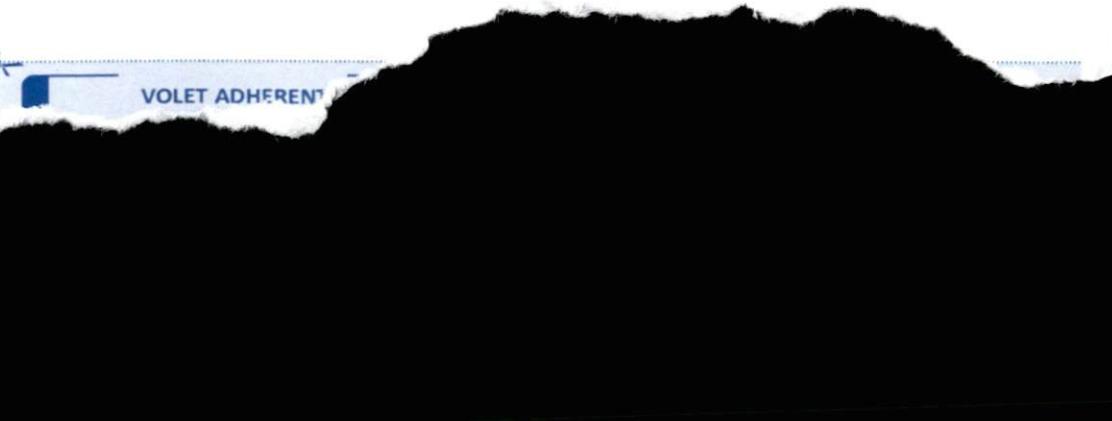
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. DAKKA Fadoua Médecin de Santé Public Médecin de Sport			
Date de consultation : 22/01/2021			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 01/01/2021			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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
22/01/2017	C		G	INP : 10012742986 Dr. DAKKA Fadoua Médecin de Santé Publique Médecin de Sport

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chambre du Pharmacien du Dr. Formisieur	Date	Montant de la Facture
Dr. Formisieur 1100 Chemin de la Gare Tel: 452-5353 ext. 87 Fax: 452-5354 ext. 87	25/01/2021	552.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et adresse du Laboratoire ou du Séjour	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AL KHAYR 100, Bd. Omer AL KHAYR Casablanca Tél : 06666.505.41 - 0522.39.32.84 Fax : 0522.39.33.65	10/11/2021	B : 67 Radio Diagno	983.520 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

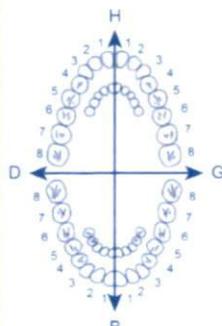
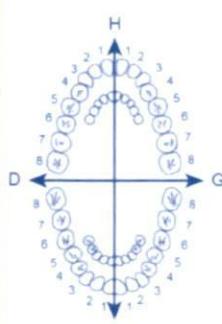
Signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



ORDONNANCE

NOM ET PRÉNOM :

EL RHTAIL Abdessamed

1. HYDROXY CHLOROQUINE 200 mg : 1Cp TOUTE LES 8 HEURES PENDANT 07 JOURS
2. AZITHROMYCINE 500 mg : 1Cp LE 1^{ER} JOUR PUIS ½ CP PAR JOUR PENDANT 06 JOURS
3. ZINC 45 mg : 1Cp PAR JOUR/ 10 JOURS
- ✓ 4. VIT C 1000 mg : 1Cp PAR JOUR/ 10 JOURS
- ✓ 5. VITAMINE D 25000 UI : 1Amp /Semaine... PENDANT 4 SEMAINES
6. MAXITONE CP EFF 1 COMPRIME PAR JOUR
7. CARBOXANE FLORA 1 GEL FOIS DEUX PAR JOUR
8. FITOPOLIS SIROP ADULTE 1 CM DEUX FOIS PAR JOUR
9. OMEFRAZOLE 20 mg : 1 gel /Jour/1 MOIS
- ✓ 10. ORALDEXON 0,5 mg 4cp matin 4cp midi 4cp soir...PENDANT 10 JOUR
- ✓ 11. ENOXAPARINE 0,4 ml : MATINSOIR..... /EN SOUS CUTANÉ.....
- ✓ 12. CARDIOASPIRINE 100 mg : 1 PRISE LE MIDI /jour
13. CONFISEMENT JUSQU AU
14. PORT DE MASQUE CHIRURGICALE EN PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNE
15. DESINFECTION DES SELLES PENDANT 14 JOURS APRES DEFECATION :
 - EAU DE JAVEL 12% DILUER A 1/5(1 dose d'eau javel + 4 dose d'eau)
 - LAISSER AGIR PENDANT 15 MINUTES PUIS TIRER LA CHASSE D'EAU
16. REPOS : Pas d'activité physique excessive /dormir au moins 8 heures /jour
17. BAINS TIEDE CHAQUE JOUR
18. ALIMENTATION SAINNE ET EQUILIBRÉE :
 - FRUITS ET LEGUMES
 - ALIMENTS CHAUDS OU TIEDES
 - BOISSONS ABANDANTEES : 2 à 3 litres / jour

NOUS VOUS SOUHAITONS UN BON RETABLISSEMENT

DATE :

22/01/2022
SIGNATURE
Dr. DAKKA Radoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport

PHARMACIE DE AHMEDA
Rue 1100 Casablanca - Sidi Maâa
Tél: 0522 38 66 77 - 06 61 30 98 14
Fax: 0522 38 66 77 - 06 61 30 98 14
ICP: 00000000000000000000000000000083

Vita C1000®

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

PPV 150H30
EXP 10/2023
LOT 09031 14

LOT : 200982
UT AV : 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N° :

LOT : 200982
UT AV : 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N° :

LOT : 200980
UT AV : 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N° :

LOT : 200982
UT AV : 06/2025
PPV : 14,30DH

LOT N° :

PPV: 56,30 DH
LOT: 20J27D
EXP: 10/2024

132,00

132,00

132,00

Ordonnance

Le : 22.01.2011

Nom / Prenom : EL RITOU Alassane

Sexe : O M OF Age : Poids :

TDN Thérapie cingue

Radio Diagnostic
Sidi Maâruf
109, Résidence Soufiane Sidi Maâruf
Préfecture Ain Chock Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

Cachet de l'Ordination
Dr. DAKKA Fadoua
Médecin de Santé Publique
Médecin de Sport



الفحص بالأشعة سidi معروف
RADIODIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 25/01/2021

FACTURE N° : 00288/2021

Nom & Prénom : EL RHOUL MOHAMMED
Date d'examen : 25/01/2021

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
SCANNER THORACIQUE	1300 DH
NET A PAYER	1300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE TROIS CENTS DH

109, Residencia Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidihaarouf@gmail.com
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma

Radiodiagnostic Sidi Maarouf
109, Residencia Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidihaarouf@gmail.com
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma



Dr. Nadia Moubachir

Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune

Spécialiste en Radiologie

Casablanca, Le 25/01/2021

PATIENT : EL RHOUL MOHAMMED
MEDECIN TRAITANT : DR DAKKA FADOUA

TDM THORACIQUE

TECHNIQUE :

Coupes millimétriques avec filtre de haute résolution, sans injection de produit de contraste.
Bio nettoyage du scanner à l'aide d'un détergent -désinfectant selon les recommandations des services d'hygiène.

RESULTAT :

Absence d'image en verre dépoli.

Absence de crazy paving.

Absence de condensation nodulaire ou en bande.

Par ailleurs :

Petite condensation avec quelques DDB rétractile d'allure séquellaire.

Absence de condensation systématisée.

Absence de lésion nodulaire ou micronodulaire.

Absence de bronchectasie ou de bulle d'emphysème.

Absence d'épanchement pleural.

Aspect normal du médiastin sans adénomégalie notable.

CONCLUSION:

TDM thoracique normale.

Confraternellement
DR MOUBACHIR NADIA

