

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-548275

72710

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

0929

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUHOU KHADIDA  
1950

Date de naissance :

Adresse :

06-62-28-49-42

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Lamia HASSANI CHERKAOUTI  
Pneumologue - Allergologue  
485, Bd Oued Oum Rabii Hay Oulja Casablanca  
Tel. : 05 22 69 24 81

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/05/2021

Nom et prénom du malade :

EL HA RASMI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

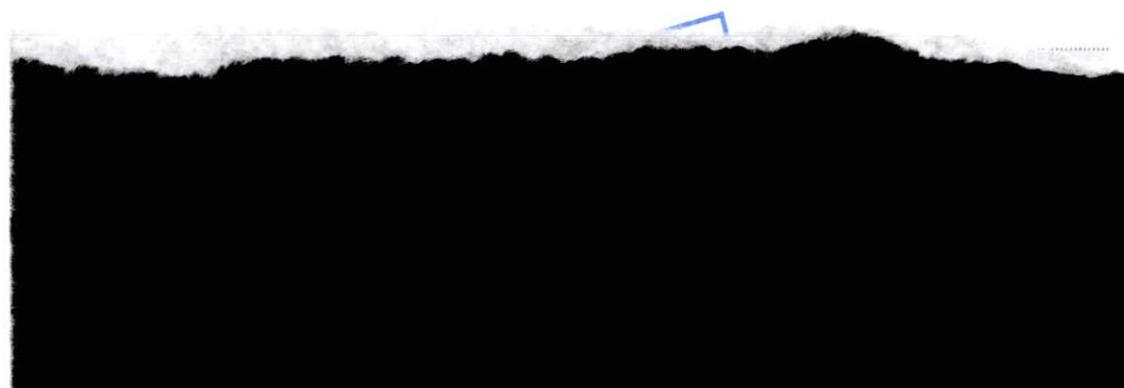
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

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
11/05/2021	Ss		270,00	INP : 03M57M5 Dr. Lamia HASSAN CHERKAOUI Pneumologue - Allergologue Clinique Oum Rehia Bay Souf - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	11/05/21	308,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

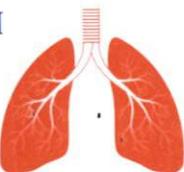
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS [ ]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Lamia HASSANI CHERKAOUI**  
**Pneumo - Allergologue**



Diplômée de la faculté de Médecine de l'université

Hassan II de Casablanca

Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd

Ancienne Résidente au service de pneumologue Hôpital 20 Août

Ancienne pneumologue au CDTMR Saâda à Hay Mohammadi

Ex. Déléguée du Ministère de la santé à la préfecture

d'Arrondissement Ain Chock

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Asthme - Allergies Respiratoires - Tuberculose - Tests Cutanée

Pathologie du Sommeil - Sevrage Tabagique - Spirométrie

**11/05/2021**

**الدكتورة لمياء حساني الشرقاوي**

طبيبة اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى

خريجة جامعة الحسن الثاني للطب والصيدلة بالدارالبيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة أمراض الجهاز التنفسى سابقاً بمستشفى 20 غشت

طبيبة أمراض الجهاز التنفسى سابقاً بمركز تشخيص داء السل

والأمراض التنفسية بالحي المحمدى

مندوية وزارة الصحة سابقاً بعملية مقاطعة عن الشق

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى - الضيقه - داء السل

أمراض الحساسية - الإقلاع عن التدخين - أمراض النوم

Casablanca, Le .....  
**Mr El Harouchi Driss** ..... الدارالبيضاء، في

39,70

1) Omiz 20mg

01 gélule le matin à jeun pendant 07 jours

2) S-cort 20mg

03 cp à faire diluer dans un peu d'eau le matin  
après le petit déjeuner pendant 06j

3) Seretide 250 Diskus

01 bouffée matin et soir pendant 01 mois

Se rincer la bouche après usage

**A revoir dans 15 jours**

30,5,20

PHARMACIE ANNIA  
Tous les jours de 8h à 13h45 - Oulfa  
Tél: 0522 93 46 33 INPE 2013

الدكتورة لمياء حساني الشرقاوي  
Dr. Lamia HASSANI CHERKAOUI  
Pneumologue - Allergologue  
485, Bd Oued Oum Rabii Bay Oula, Casablanca  
Tél: 05 22 69 24 21

485. هي الألفة شارع أم الربيع أمام مختبر كريم لاب فوق وكالة البنك الشعبي الدارالبيضاء

485, Bd Oued Oum Rabii Oulfa au dessus de l'Agence de la Banque Populaire  
en face du Laboratoire «KARIMLAB», Casablanca

05 22 69 24 21 / Urgences: 06 61 89 84 25 / hassani.lamia@yahoo.fr

Poudre pour inhalation en récipient unidose  
SYSTEME NON RECHARGEABLE



Salinomol®  
Propionate de fluticasone / Diskus

**SERETIDE**  
propionate de fluticasone / Diskus

**250**  
/50 microgrammes par dose

microgrammes  
par dose

**SERETIDE**  
propionate de fluticasone / Diskus

**250**  
/50 microgrammes  
par dose

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
9 101 645652  
118001 141104

Voie inhalée

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
Liste I - Uniquement sur ordonnance

# أوميز

20

أوميزبرازول



وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعوية

كبسولات  
عن طريق الفم

7



Omiz 20mg  
7 gélules



**Composition :**  
Oméprazole ..... 20 mg  
Excipients q.s.p..... 1 gélule  
Excipients à effet notable : saccharose.  
Tenir hors de la portée des enfants.  
Indications, contre-indications, posologie : voir notice.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.



Fleximda

22,60

730029.10.19

20 mg

**S-CORT®**  
Prednisolone

**20** Comprimés  
effervescents  
sécables

Voie orale

**20 mg**

**S-CORT®**  
Prednisolone

**20** Comprimés  
effervescents  
sécables

MC PHARMA

Voie orale

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

34170

V2

V2

V2

34170