

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-600626

ND = 79886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI FATIMA ép ZAHIR

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 16 Rue Ahmed Elyazidi champs de course

FES

Tél. : 0660946970

Total des frais engagés : 821.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

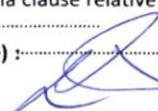
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



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) :

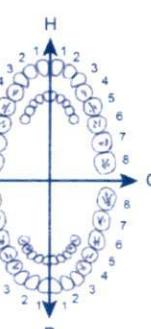
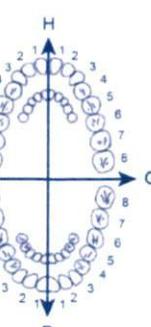


Autorisation CNP N° A-4-215/2019

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
21-06-2021	2221	CS	250,-	 DR ELHO CIN: 141161 Pneumologie INR: 141161 N° 1 Bureau Al Madina Al Faz 05 35 91 111

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
D. Mohammed - FES 05 35 62 24 41 05 35 65 16 35 2013903	21-06-21	171,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
21-06-2021		Rx thorax: Fréq 100 ms	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																					
		INP : <input type="checkbox"/>																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412		21433552	00000000		00000000	<hr/>			D		B	00000000		00000000	35533411		11433553
H		G																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
<hr/>																									
D		B																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																							
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																							
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																									

Dr. EL HORD Samira
Medecin Spécialiste
en Pneumo-Allergologie



Asthme / Tuberculose
Infections respiratoires
Pathologies pulmonaires / EFR / Tests cutanés

- Ex. Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II - Fès
- Ex. Médecin à l'hôpital Ibn Al Khatib - Fès



FES le : 21/06/2021

Mme RAHMANI FATIHA
Né (e) le 01/01/1950 71 ans

الدكتورة سميرة الهرد
طبيبة اختصاصية
في الأمراض الصدرية والحساسية
الريو / الحساسية / السل
الاستئنافات الوقائية التنفسية
الأمراض الصدرية / الاختبارات الجلدية للحساسية
- طبيبة سابقة في المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن الخطيب فاس (كوكار)

ORDONNANCE

AXAIR 250

1 GEL le soir pd 1 mois

Rendez-vous le 01/07/2021 pour contrôle

S.V.

PHARMACIE BAHJA
Bd. Mohammed V - FES
Tél : { 05 35 62 24 41
05 35 65 16 35

N°1, 1 er étage, Bureaux Al Madina, Boulevard Med V - FES
Email : samiraelhord@yahoo.fr
Tél : 05 35 94 14 94 - Urgences : 06 10 65 00 35

PPV: 171,70 DH
LOT: 21A29
EXP: 01/2023

AXAIR 250 mcg

Propionate de Fluticasone

Poudre pour inhalation en gélules
60 gélules

Voie inhalée
Avec Inhalateur



250 mcg
Propionate de Fluticasone
Poudre pour inhalation en gélules

Composition :

Chaque gélule contient :

Substance active :

Propionate de Fluticasone 250 mcg

Excipients q.s.p 1 gélule

Excipients à effet notable :

lactose anhydre et lactose monohydraté.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Conserver le flacon soigneusement fermé à l'abri de la lumière et de l'humidité
Selon prescription médicale

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصى بها

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Importé par : Ergo Maroc

Laboratoires pharmaceutiques ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca - Maroc
AMM N° 267/17DMP/21/NNPn

Fabriqué par : SMB Technology S.A. 39, rue du parc industriel
B-6900 Marche-en-Famenne - Belgique

أكسير 250 ميكروغرام

بروبيونات الفلتيكازون
بروكسيم 250

مسحوق للإستنشاق على شكل كبسولات
60 كبسولة

عن طريق الاستنشاق
مزود بجهاز للإستنشاق

250 ميكروغرام
بروبيونات الفلتيكازون

مسحوق للإستنشاق على شكل كبسولات
60 كبسولة



Dr. EL HORD Samira
Medecin Spécialiste
en Pneumo-Allergologie

Asthme / Tuberculose
Infections respiratoires

Pathologies pulmonaires / EFR / Tests cutanés

- Ex. Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II - Fès
- Ex. Médecin à l'hôpital Ibn Al Khatib - Fès



الدكتورة سميرة الهرد
طبيبة اختصاصية في الأمراض الصدرية والحساسية

الريو / الحساسية / المثلث

الاستئنادات الوظيفية النفسية

الأمراض الصدرية / الإختبارات الجلدية للحساسية

- طبيبة سابقة في المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس

- طبيبة سابقة بمستشفى ابن الخطيب فاس (كوكان)

21-06-2021

Mme. Rahmani Fatima

Rx Thorax Face

DR ELHORD SAMIRA
Pneumo-allergologue
N°1 Bureau Al Madina AV. Med V - FES
Tél : 05 35 94 14 94 - Urgences : 06 10 65 00 35

N°1, 1 er étage, Bureaux Al Madina, Boulevard Med V - FES
Email : samiraelhord@yahoo.fr
Tél : 05 35 94 14 94 - Urgences : 06 10 65 00 35

Dr. EL HORD Samira
Medecin Spécialiste
en Pneumo-Allergologie

Asthme / Tuberculose

Infections respiratoires

Pathologies pulmonaires / EFR / Tests cutanés

- Ex. Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II - Fès

- Ex. Médecin à l'hôpital Ibn Al Khatib - Fès



الدكتورة سميرة الهرد
طبيبة اختصاصية
في الأمراض الصدرية والحساسية

الربو / الحساسية / التسل

الاستسقاءات الوظيفية التنفسية

الأمراض الصدرية / الإختبارات الجلدية للحساسية

- طبيبة سابقة في المركز الإستشاري الجامعي الحسن الثاني فاس

- طبيبة سابقة بمستشفى ابن الخطيب فاس (كوكار)

FES LE : 21/06/2021

Client : Mme RAHMANI FATIHA

FACTURE

Désignation	Montant
RADIOGRAPHIE THORACIQUE	150,00
CONSULTATION	250,00
Total TTC	400,00

Dr. EL HORD SAMIRA
Pneumo-allergologue
N°1 Bureaux Al Madina
FES - Sidi Othman Av. Med V

N°1, 1 er étage, Bureaux Al Madina, Boulevard Med V - FES
Email : samiraelhord@yahoo.fr

Tél : 05 35 94 14 94 - Urgences : 06 10 65 00 35

Dr. EL HORD Samira
Medecin Spécialiste
en Pneumo-Allergologie

Asthme / Tuberculose

Inféctions respiratoires

Pathologies pulmonaires / EFR / Tests cutanés

- Ex. Médecin au Centre Hospitalier Universitaire Hassan II - Fès

- Ex. Médecin à l'hôpital Ibn Al Khatib - Fès



Examen réalisé le: 21/06/2021

Mme RAHMANI FATIHA



الدكتورة سميرة الهرد
طبيبة اختصاصية
في الأمراض الصدرية والحساسية

الربو / الحساسية / السل

الإسقاطات الوظيفية التنفسية

الأمراض الصدرية / الاختبارات الجلدية للحساسية

- طبيبة سابقة في المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس

- طبيبة سابقة بمستشفى ابن الخطيب فاس (كوكان)

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

Parenchyme pulmonaire : des images alvéolaires rétrocardiaques bilatérales

Hiles pulmonaires : RAS.

Culs de sacs pleuraux : sont libres

Silhouette cardiomédastinale : index cardiothoracique normale

Cadre osseux : RAS

Coupoles diaphragmatiques : en place

CONCLUSION : des images alvéolaires rétrocardiaques bilatérales

Dr EL HORD SAMIRA
Pneumo-allergologue
INP : 141146324
N°1 Bureaux Al Modina Av. Med V
FES - 20535 94 1494