

## 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.

### 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



## 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 El Yazidi Champs de course

FES

Tél. : 0660946970 Total des frais engagés : 821.70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/04/2021

Nom et prénom du malade : RAHMANI Fatima Age : 71 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ☒ MUPRAS

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.

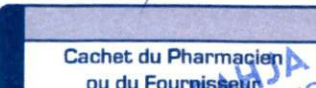
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-06-21	171,70

[illegible]

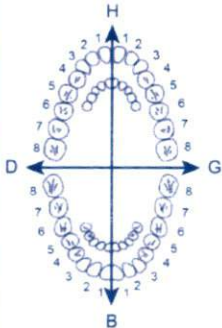
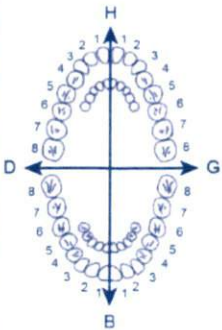
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		
<input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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



**FES le : 21/06/2021**

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

**ORDONNANCE**

**AXAIR 250**

1 GEL le soir pd 1 mois

171,70

Rendez-vous le 01/07/2021 pour controle

الدكتورة سميرة الهرد  
طبيبة اختصاصية  
في الأمراض الصدرية والحساسية

الربو / الحساسية / السل  
الإستقصاءات الوظيفية التنفسية  
الأمراض الصدرية / الإختبارات الجلدية للحساسية  
- طبيبة سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس  
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن الخطيب فاس (كوكار)



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

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



Uniquement sur ordonnance - Liste I

Importé par : **Ergo Maroc**

Laboratoires pharmaceutiques ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca - Maroc

AMM N° 267/17DMP/21/NNP<sub>1</sub>

Fabriqué par : **SMB**

SMB Technology S.A. 39, rue du parc industriel

B-6900 Marche-en-Famenne - Belgique

# أكسير 250 ميكروغرام

بروبيونات الفلتيكازون

مسحوق للإستنشاق على شكل كبسولات  
60 كبسولة



عن طريق الاستنشاق  
مزود بجهاز للإستنشاق

250 ميكروغرام

بروبيونات الفلتيكازون

مسحوق للإستنشاق على شكل كبسولات

**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



**الدكتورة سميرة الهرد**  
**طبيبة إختصاصية**  
**في الأمراض الصدرية والحساسية**

**الربو / الحساسية / السل**  
**الإستقصاءات الوظيفية التنفسية**  
**الأمراض الصدرية / الإختبارات الجلدية للحساسية**

- طبيبة سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن الخطيب فاس (كوكار)

21-06-2021

Mme. Rahmani Fatima

Rx Thorax Face

**Dr. ELHORD SAMIRA**  
**Pneumo-allergologue**  
**INP: 141146324**  
**N°1 Bureaux Al Madina Av. Med V - FES**

**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



**الدكتورة سميرة الهرد**  
**طبيبة إختصاصية**  
**في الأمراض الصدرية والحساسية**

**الربو / الحساسية / السل**  
**الإستقصاءات الوظيفية التنفسية**  
**الأمراض الصدرية / الإختبارات الجلدية للحساسية**

- طبيبة سابقة في المركز الإستشفائي 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
<b>Total TTC</b>	<b>400,00</b>

**Dr. ELHORD SAMIRA**  
**Pneumo-allergologue**  
**INP: 141146324**  
**N°1 Bureau Al Madina Av. Med V**  
**FES - 305 35 94 14 94**

**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 الهردي**  
**طبيبة اختصاصية**  
**في الأمراض الصدرية والحساسية**

**الربو / الحساسية / المل**  
**الإستقصاءات الوظيفية التنفسية**

**الأمراض الصدرية / الإختبارات الجلدية للحساسية**

- طبيبة سابقة في المركز الإستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن الخطيب فاس (كوكاز)



**Examen réalisé le: 21/06/2021**

**Mme RAHMANI FATIHA**

## **RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE**

**Parenchyme pulmonaire** : des images alvéolaires rétrocardiaques bilatérales

**Hiles pulmonaires** : RAS.

**Culs de sacs pleuraux** : sont libres

**Silhouette cardiomédiastinale** : index cardiothoracique normale

**Cadre osseux** : RAS

**Coupoles diaphragmatiques** : en place

**CONCLUSION** : des images alvéolaires rétrocardiaques bilatérales

**Dr ELHORD SAMIRA**  
**Pneumo-allergologue**  
**INP : 141146324**  
**N°1 Bureaux Al Madina Av. Med V**  
**Fès - 05 35 94 14 94**