

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-653354
92523

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 02739	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELOUAROU, N-			
Date de naissance : 15/01/1957			
Adresse : 7 Allée des Neffliers Firkaous Anj le bau - Casablanca			
Tél. : 0661098623 Total des frais engagés : 1570,10 DH			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	EL 05/10/2021		
Nom et prénom du malade :	Lui-même		
Lien de parenté :	Conjoint		
Nature de la maladie :	Affection		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	M 17 NOV. 2021		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : Casab 05/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/10/2021

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
28.09.21	(CS)		300,00	INP : 0912412517 Dr Zineb BERRADA Pneumonistologue Somnologue 22, Bd Yaacoub El Mansour Yaacoub El Mansour blanc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>13, Avenue des Mimosaes Al Sebaa CASABLANCA TEL : 05 22 34 37 40 061 744472000031 - INF : 092039874</p>	28/09/2021	670,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr Zineb DIB Pneumophtisiologue Sommologue 22 Bd Yacoub El Mansour Rés. Espace Yacoub El Mansour 522 98 12 19 - Casablanca	28.09.21	(TST Cutane)				600.00

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 traitements canalaires, ainsi que le bilan d

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	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">2143552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H		25533412	2143552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000100	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	2143552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000100																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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'EXÉCUTION

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 و النوم و الشخير

الدكتورة زينب بربادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبية سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبتيار و مستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 28/09/2021.....

MME EL OURAOUI RANIA

110,00

• Metanaz

2 pulvérisation dans chaque narine matin pendant 1 mois

102,60

• Aerus 5mg

1 Comprimé soir pendant 1 mois (à la demande)

297,00

• Symbicort turbuhaler 200/6 µg - poudre pour inhalation

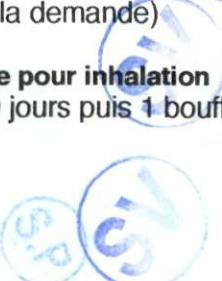
1 bouffées, matin et soir pendant 30 jours puis 1 bouffée à la demande si gêne
rincer la bouche après

161,00

• Puressentiel spray aérien

1 pulvérisation dans la pièce x 2/j

1-670,60



LOT: GA10210
PER: 04/2023
PPV: 110 DH 00

30 أقراص
ملبسة

LOT: 090
PER: MAI 2023
PPV: 102 DH 60



SLWY
JAN-21
DEC-22



Résidence Espace El Mansour

22 Bd Yacoub El Mansour, 3^{ème} 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

Facture N°: 1068

Date : 28/10/2021

Bénéficiaire : Mme El Ouraoui Rania
Mme EL OURAOUI RANIA

Tél: 0611039753

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 28/09/2021				
TC	TESTS CUTANES K30	1	600,00	600,00
CNS	Consultation	1	300,00	300,00
Total				900,00

Arrêté le présent document à la somme de :
neuf cents dirham(s)

Dr Zinah BEERRADA
Pneumonologue Somnologue
22, Bd Yaacoub El Mansour
Rés. Espace Yaacoub El Mansour
0522 48 12 19 - Casablanca

Cabinet de Pneumologie Allergologie et Exploration des troubles du Sommeil
Adultes-Enfants

Nom-Prénom : Mlle El Ouraoui Rania

Date 28/09/2021

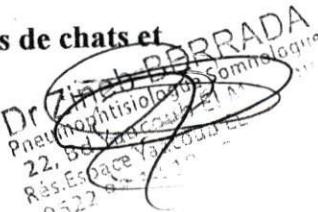
PRICK TESTS

TEMOINS DE REACTIVITE CUTANEE	ALLERGENES	Diamètre de l'induration en mm	Diamètre de l'érythème en mm
	Témoin Négatif	-	-
	Témoin Positif (dichlochlorhydrate d'histamine)	7	-

PNEUMALLERGENES	ALLERGENES	Diamètre de l'induration en mm	Diamètre de l'érythème en mm
Per annuel	Acariens Dermatophagoides Pteronyssinus	4	-
	Acariens Dermatophagoides Farinae	4	-
	Alternaria	4	-
	Phanères de Chat	4	-
	Phanères de Chien	4	-
Février- Mars	Cyprès	-	-
Mars- Avril- Mai- Juin	Olivier	3,5	-

TROPHALLERGENES	ALLERGENES	Diamètre de l'induration en mm	Diamètre de l'érythème en mm
Per annuel	Blanc d'oeuf	-	-
	Jaune d'oeuf	-	-
	Poulet	-	-
	Crevettes	-	-

CONCLUSION : Tests cutanés positif aux acariens DP , DF, alternaria, poils de chats et chiens +/- Olivier.


 Dr. Zied BDRADA
 Pneumophtisiologie et Sommeil
 22, Bd Yacoubi 1000
 Rés. Espace Yacoubi 1000
 0522 00 10 10