

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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 - 8ème 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° P19-0033779

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02934 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHYD Aicha

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : N° 74 rue Mohamed Toubert Nouadhibou

Tél. : 0668503700 Total des frais engagés : 686,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Imane Sara  
Pneumologue-Patologiste-Allergologue  
Angle Ed Mohamed V et Rue Omar Ibn  
El Khatib - Etage 3, N° 6 Bensaid  
Tél: 0622035635 N° Urgence: 0649069584

Date de consultation : 08 JUL 2022

Nom et prénom du malade : Chahyd Aicha Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie 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 : Nouadhibou DEBOUA Le : 19/07/22

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
08 JUL 2022				Dr. ZAIDANE Sara Pharmacologue-Pneumologue-Allergologue Angle Bd Mohammed V et Rue Omar Ibn El Khattab - Etage 3, N° 6 Barachid Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649069584

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08 JUL 2022	28650

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ZAIDANE Sara Pharmacologue-Pneumologue-Allergologue Angle Bd Mohammed V et Rue Omar Ibn El Khattab - Etage 3, N° 6 Barachid Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649069584	08 JUL 2022		1200,000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

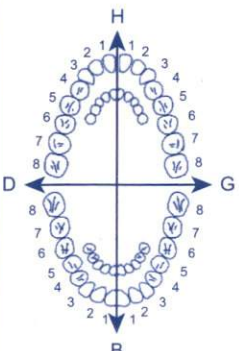
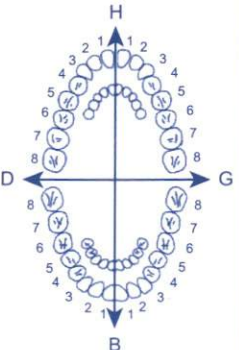
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

# Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés  
Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie  
Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies  
liées au tabac - Maladies professionnelles



## د. زيدان صارة

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - إختبار الحساسية  
مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة  
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين  
الأمراض المهنية

Berrechid, le 08/07/2022

**Mme CHAHYD Aicha**

**ZAMOX 1GR SACHET**

1 Sachet 3 fois par jour pendant 8 jours

**EXOMUC SACHET 200 MG BOITE DE 30**

1 Sachet 3 fois par jour

**FITORAX SIROP ADULTES**

1 Cuillère à soupe 3 fois par jour

PPV: 167DH00  
PER: 03-25  
LOT: L1061

LOT 22002  
FER JAN 24  
PPV 39D H90

39,90

Lot : 210896  
À consommer  
avant le : 12/2024

PPC : 79,90 DH

Dr. ZAIDANE Sara  
Pneumologue - Phtisiologue - Allergologue  
Angle Bd Mohamed V et Rue Omar Ibn  
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid  
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649069584

# Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés  
Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie  
Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies  
liées au tabac - Maladies professionnelles



# د. زيدان صارة

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية  
كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - إختبار الحساسية  
مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة  
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين  
الأمراض المهنية

Berrechid, le 08/07/2022

Dr. Zaidane Sara  
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue  
Adultes et enfants

Nom et prénom : **Mme CHAHYD Aicha**

## Facture

A la suite de la consultation du 08/07/2022, je présente à **Mme CHAHYD Aicha**, suivant l'usage, ma note d'honoraires dont le détail se trouve ci-dessous :

Acte	Honoraires
Consultation	200 dhs
Radiographie du thorax	200 dhs

Dr. ZAIDANE Sara د. زيدان صارة  
Pneumologue - Phtisiologue - Allergologue  
Angle Bd Mohammed V et Rue Omar Ibn  
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid  
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649062584





## Mme CHAHYD Aicha

### Radiographie thoracique

(Face)

- *Syndrome interstitiel bilatéral prédominant au niveau des parties moyennes et basales.*
- *Aspect de gros hile bilatéral*
- *Aspect d'élargissement médiastinal supérieur (goitre plongeant ?)*
- *Cardiomégalie avec ICT limite à 0.56*
- *Structures médiastinales en place.*
- *Cadre osseux sans anomalies*
- *Culs de sac costo-diaphragmatiques libres.*

### Conclusion :

**Aspect de PID avec élargissement médiastinal supérieur et cardiomégalie, à confronter aux données scanographiques.**

د. زيدان صارة  
Dr. ZAIDANE Sara  
Pneumologue - Phtisiologue - Allergologue  
Angle Bd Mohamed V et Rus Omar Ibn  
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid  
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649069584