

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

126907

Déclaration de Maladie : N° P19-0006735

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Retraité

Nom & Prénom : KH. D. QI

Date de naissance : 22/02/1961

Adresse : 342 Bd Abdellah Ben

Tél. : 066.225644

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/06/2022

Nom et prénom du malade : Khadija Khadij

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) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quai Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
30.06.22	(cs)		300,00	Dr. ZINGARO pneumophysiologiste 22, Bd. Vaïceny 952298721

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/22	358,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Digitized by srujanika@gmail.com

LET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 التنفسى
الحساسية و النوم والشخير

الدكتورة زينب براحة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى

وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس بيردو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للشخص بالصدى باريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتيه سالبتيار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 30/06/2022

KHIDIQUI KHADIJA

79,70 x 2

- Azix 500 mg - comprimé**

1 Comprimé, matin après repas le premier jour puis 1/2 comprimé par jour pendant 6 jours

15,30

- Vitaminec 1000 - comprimé effervéscent**

1 comprimé matin et à 16h pendant 10 jours

60,90

- Zinaskin 45 mg - comprimé effervéscent**

1 Comprimé, matin pendant 10 jours

49,60

- D cure forte**

1 ampoule en une seule prise

14,00

- Doliprane 1 g - comprimé**

1 Comprimé matin et soir pendant 48h puis 1 comprimé si fièvre ou maux de tête toutes les 6 heures

- Askardil 75mg - comprimé dispersible**

1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 15 jours

308150



Dr. Zineb Berrada
Pneumologiste Sommeil
22 bd Yacoub El Mansour
3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca
Résidence Espace El Mansour

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاليف، الدار البيضاء
Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L109

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L357

PPV: 14DH00
PER: 02/25
LOT: L442

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 11/2024
LOT 19035 42

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2024
LOT 14041 10

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90 EXP 12/2024
LOT 18066 36

