

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-761824

159863



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423

Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LECHHEB

- Omar

Date de naissance :

16 / 11 / 1953

Adresse :

log B. El Khayad Casa

Tél. : 0661176535 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

23/02/23

Date de consultation :

lechheb Omar

Age:

Nom et prénom du malade :

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.

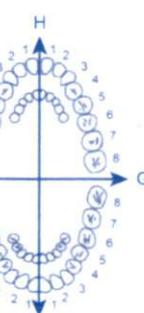
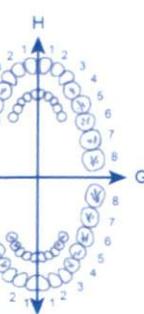
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/11/2023.

VOLONTAIREMENT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE Bd Abderrahmane Oasis CASABLANCA Tel.: 23.54.49 / 99.05.18</i>	<i>23/01/2023</i>	<i>600.60</i>

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 canalaire, etc.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u> </u>												
				<small>Coefficient des travaux</small> IXOR 20 mg 14 comprimés												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				<small>PPV 73DH80 EXP 05/2024 LOT 2</small>												
				<small>PPV 222292 EXP 06 24 LOT 2</small>												
				<small>PPV 97.90 DH EXP 06/2024 LOT 2</small>												
				<small>DURF. MATIN MIDI SOIR AVANT APRES</small>												
				<small>PPV : 291DH00 Z.I. du Sahel - Had Soualem Distributeur par PROMOPHARM S.A.</small>												
				<small>Inhalation en flacon pressurisé Foster 100/615g, solution pour</small>												
				<small>INP : <u> </u></small>												
				<small>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</small>												
				<small>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA DATE DE L'EXÉCUTION</small>												
				<small>EFFIPRED® 20 mg PPV 40DH00 EXP 09/2025 LOT 24015 8</small>												

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 التنفسى
الحساسية و النوم والشخير

الدكتورة زينب بربارة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس بيرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس بيكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبتيار وبمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca, le :

23/01/2023

MR LECHHEB OMAR

40.00



- **Effipred 20 mg - comprimé effervescents**

3 comprimés, matin, après les repas, pendant 5 jours

97.50 x 2 = 195.00



- **Ofiken 200mg - comprimé**

1 Comprimé, après les repas, matin, soir, pendant 8 jours

- **Broncholiber**

1 CAS matin, soir, pendant 5 jours

73.80



- **Ixor 20 mg - comprimé effervescents**

1 cp le matin avant le repas du matin pendant 8 jours

- **Foster - solution pour inhalation**

2 bouffées matin et soir pendant 1 mois (sans dépasser 8
bouffées par jour) Se rincer la bouche

291.00

600.60

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél.: 20584.19 / 99.05.18

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعابير، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologysommeil@gmail.com