

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

- Reclamation : 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

M22- 0044143

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 619 Société : 196081

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RA Fii muna épouse EL FANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661268944 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Azzeddine MOHAMMADI
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE
Réanimation Polyvalente - Médecine du Travail
Av. Allal El Fassi Complexe Habous Imm. 3 Appt. 3
Marrakech - Tél : 05 24 33 02 10/06 12 02 94 69

Date de consultation : 03 JAN 2024

Nom et prénom du malade : RA Fii muna Age: 72

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

Nature de la maladie : Asthme

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

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
03 JAN 2024				

Acte gratuit



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Cité Yasmine
Dr. Navar ELABBASSI
Complexe Commercial Yasmine
Route de Casa Marrakech
RC: 105624/Pat: 64495037/NF: 70495088

03/01/2024

876.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

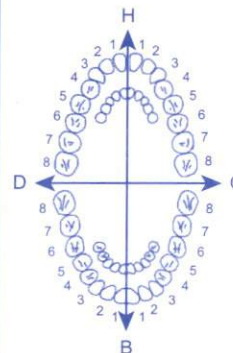
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet De Pneumologie-Allergologie

Docteur Azzeddine MOHAMMADI

Spécialiste des maladies des poumons et allergies respiratoires

Lauréat de la faculté de médecine de Lille (France)

Membre des Sociétés Françaises de Pneumologie et Allergologie

Médecin Expert près des tribunaux

Diplôme de réanimation polyvalente

Diplôme des maladies immunodéficientes acquises (SIDA)

Diplôme de médecine du Travail

Diplôme en oncologie thoracique

Endoscopie bronchique - Radiologie - EFR - gaz du sang

Bilan Allergologique - Kinésithérapie respiratoire

Exploration des Ronflement et Pathologie du Sommeil

consultation
sur
rendez vous

الدكتور عز الدين محمادي

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي والحساسية

طبيب محلف لدى المحاكم

دبلوم في الإنعاش العام

دبلوم في أمراض فقدان المناعة (AIDS)

دبلوم في طب الشغل

دبلوم في سرطان الصدر

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

فحص الوظيفة التنفسية - تحليل غازات الدم

تحليل الحساسية - الترويض التنفسي - فحص الشخص

Marrakech, Le

03 JAN 2024

Mme RAFII MINA

15/2024

- METANAZ

2 pulv/j dans chaque narine 3 mois

- MACROMAX

1 cp/j pendant 3 jours après repas.

- FOSTER poudre

1 bouffée x 2/j (se rincer la bouche et la gorge après chaque prise) 3 mois

- EXOMUC sans sucre:

1 sachet x 3/ jour après repas pendant 10 jours.

876.90
Pharmacie Yasmine
Dr. Nawal ELABBASSI
Complexe Commercial Yasmine
Route de Casa Marrakech
RC: 105624/Pat: 64495037/NF: 70495088

Merci de ramener votre ordonnance à chaque consultation ou contrôle

شارع علال الفاسي مركب الأحباس عمارة 3 رقم 3 - مراكش - الهاتف : 06 12 02 94 69 - 05 24 33 02 10

Av. Allal El Fassi, Complexe Habous, Imm. 3 N 3 - Marrakech - Tél : 05 24 33 02 10 - 06 12 02 94 69 - www.cabinetdusouffle.com



RDV le à

- ☐ Consultation
- ☐ EFR : ☐ Spirométrie ☐ Plethysmo
☐ Test de marche de 6 mn
- ☐ Tests cutanés: ☐ Prick test ☐ Patch te
- ☐ Radiographie thoracique
- ☐ Echographie thoracique
- ☐ Contrôle après 1 semaine, vers
- ☐ GDS
- ☐ Polygraphie ☐ Polysomnographie

Information par whatsapp, seuler



- ↘ le sucre ↘ le sel
- ↓ tabac actif et/ou
- ↓ pollution domesti.,.....
- ↓ Hammam pendant 15 jours
- **Boire abondamment ++++++++**

Ordonnance de contrôle

LOT 23013
PER AUG 25
PPV 39DH90

عن طريق الاستنشاق

جرعة 120

Vignette

FOSTER
100/6
mcg/dose

فستار
6/100
ميكروغرام/جرعة

PPV= 387DH00

دكتور بنوري /
مختبرات المختبرات الهيتي ثنائي فورمولا فورمولا

فستار
جرعة 6/100
مختبرات المختبرات الهيتي ثنائي فورمولا

Ne pas dépasser la dose prescrite

الجرعة الموصى بها
Uniquement sur ordonnance
Tableau A (liste I)

عن طريق الاستنشاق

جرعة 120

Vignette

FOSTER
100/6
mcg/dose

فستار
6/100
ميكروغرام/جرعة

PPV= 387DH00

دكتور بنوري /
مختبرات المختبرات الهيتي ثنائي فورمولا فورمولا

فستار
جرعة 6/100
مختبرات المختبرات الهيتي ثنائي فورمولا

Ne pas dépasser la dose prescrite

الجرعة الموصى بها
Uniquement sur ordonnance
Tableau A (liste I)

Macromax[®]

Azithromycine

500
mg

LOT : 9973
PER : 12 - 25

P.P.V : 58 DH 90



3 comprimés pelliculés
Voie orale

PHARMA 5