

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 619

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RA Fai Mina épouse EC FANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 061268944

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au 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 : 41 Mina RABEE

Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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) :

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	GS		Acte gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie City Yasmine Dr. Nayan EL ABBASSI Complexe Commercial Yasmine Route de Casa Marrakech RC: 105624/Pat: 64495037/IF: 70495088	03/01/2024	876.95

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

BELEVE 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, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
33412
00000
00000
33411

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VIGA ET SAGESSE DU PRATICIEN. ATTENTANT L'HEURE QU'IL FAUT.

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 immunodéficiences 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



الدكتور عز الدين محمادي

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسى والحساسية

طبيب محف لدى المحاكم

دبلوم في الانعاش العام

دبلوم في أمراض فقدان الماء (أيدز)

دبلوم في طب الشغل

دبلوم في سلطان الصدر

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

فحص الوظيفة التنفسية - تحاليل غازات الدم

تحليل الحساسية - الترسيب التنفسى - فحص التسخين

Marrakech, le

03 JAN 2024

Mme RAFII MINA

15/2024

- METANAZ

63.00

2 pulv/j dans chaque narine 3 mois

- MACROMAX

387.00

1 cp/j pendant 3 jours après repas.

- FOSTER poudre

39.95

1 bouffée x 2/j (se rincer la bouche et la gorge après

chaque prise) 3 mois

- EXOMUC sans sucre:

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

876.90
Pharmacie Yasmine
Dr. Nasser ELABBASSI
Complexe Commercial Yasmine
Route de Casa Marrakech
RC: 105624/Pat: 64495037/AF: 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 wathsapp, seulen



- ↗ le sucre ↗ le sel
- ↑ tabac actif et/ou
- ↑ pollution domestique
- ↑ Hammam pendant 15 jours
- **Boire abondamment** +++++++

Ordonnance de contrôle

LOT 23013
PER AOU 25
PPV 39DH90

Quidquidement sur ordonnaunce

Ne pas dépasser la dose prescrite

Vignette

FOSTER
100/6
mcg/dose
PPV= 387DH00

ዶናለንኩ የናይነትኩ ስጋት በሚደንበኩ ተናናነትኩ
ደንብኩንኩ በሚገኘነትኩ ተናናነትኩ

၁၀၀/၆ ၂၀၁၁ ခုနှစ်၊ ဧပြီလ၊ ၁၁ ရက်

Quidquidement sur ordonnaunce

Ne pas dépasser la dose prescrite

Vignette

■ FOSTER
100/6
mcg/dose
PPV= 387DH00

ዶናለን የናይነትና ለማት የሚደረገውን ተናናነትና
ደንብነትና የሚያጠቃለውን በኋላ ተናናነትና

Macromax®

Azithromycine

500
mg

LOT : 9973
PER : 12 - 25

P.P.V : 58 DH 90



3 comprimés pelliculés
Voie orale

PHARMA 5