

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

354917

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2708 Société : RMR

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHATMI ABDELLAH

Date de naissance : 28/07/1958

Adresse :

Tél. : 1234567 Total des frais engagés : 1204,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : L-Gueni ATIKA

Age : 59

Lien de parenté : Fille

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Atteinte hépatique

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 : Casablanca

Le : 07/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
13.09.22 (CS)			300,00	INP : 0911247081

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EJ Mannoury - 22.93.28.29	13/09/22	704,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

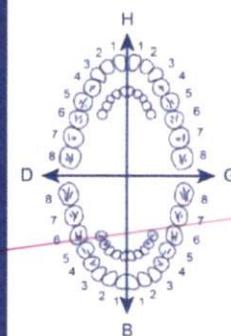
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

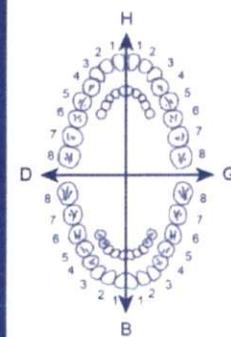
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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 بيكرارت
شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس بيكرارت
شهادة الفحص بالصدري من الجمعية الفرنسية للشخص بالصدري باريس
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالپيتريه وبمستشفى 20 غشت البيضاء

Casablanca le : 13/09/2022

MME EL-GOUMRI ATIKA

• 45,80 x 4

• **Cortancyl 20 mg - comprimé**

1 comprimé et demi le matin, après le repas, pendant 6 semaines

• **Inexium 20 mg - comprimé gastrorésistant**

1 Comprimé avant les repas le matin pendant 6 semaines

• **Potassium 15% - sirop**

1 cuillère matin et soir, pendant 6 semaines

• **Cortancyl 5 mg - comprimé**

1 comprimé le matin après repas pendant 6 semaines.

Régime sans salé

704,80

صيدلية المثال
Pharmacie El Manal
Dr. NEJWA BENNANI
320 Bd. Oum Symbii, Oulfa
Tél.: 05 22 98 28 29

Dr. ZINEB BERRADA
Praticienne en Somnologie
22 bd Yacoub El Mansour
Tél.: 05 22 98 28 29

Résidence Espace El Mansour

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

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

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

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier knou al aquam roches
noires casablanca
INEXUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640/15DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier knou al aquam roches
noires casablanca
INEXUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640/15DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier knou al aquam roches
noires casablanca
INEXUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640/15DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier knou al aquam roches
noires casablanca
INEXUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
640/15DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30

P.P.V: 22DH80



6 118000 060345

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30

P.P.V: 22DH80



6 118000 060345

45,80

225001

45,80

225001

45,80

225001

PPU 24DH60 EXP 03/2025
LOT 22033 2

~~DATA FUSILLÉ~~

PPU 24DH60 EXP 03/2025
LOT 22033 2

~~DATA FUSILLÉ~~

PPU 24DH60 EXP 03/2025
LOT 22033 1

~~DATA FUSILLÉ~~

PPU 24DH60 EXP 03/2025
LOT 22033 2

PPU 24DH60 EXP 03/2025
LOT 22033 2

~~DATA FUSILLÉ~~

45,80

225001

1