

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.
 - Un 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

- 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.

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

Nº W21-709546

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM	
Matricule :	8.621	Société :	ND
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	48
Nom & Prénom :		BERBER M. H. M. ED	
Date de naissance :			
09/10/69			
Adresse :		MOURCOUR	
Tél. :		0668122351	
Total des frais engagés : Dhs			

Verhandlungen 2003 Seite 18-41-215/2018

Cadre réservé au Médecin	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR. M. A. JAIN Pneumo-Allergiste 404, Rés. Safia Ain Chok - Casablanca Tél : 0523 23 46 46 INPE : 091235101 </div>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 08/10/2022	
Nom et prénom du malade : Hélène BERBER MERYEN	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 p/confidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	



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
23/10/2021	5		300000	INP : 081235101 Signature : Dr. Ameen Al Qods Nis Safa Hospital Al Quds Tel : 09 22 21 45 46 INPE : 081235101

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA MAJORELLE coopérative Sofaca I, N° 14 Ouled Taleb, California blanca - Tél. : 05 22 50 84 42	13/10/22	445,60 309,20

~~ANALYSES RADIographies~~

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
D	21433552 00000000 11433553	B	<input type="text"/> DATE DU DEVIS	
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
	[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

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى والحساسية
للكبار والصغار

أمراض الجهاز التنفسى - الربو والحساسية
أمراض السل - الأمراض المتعلقة بالنوم - إختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسى

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض إنفاس فقط الشريان الرئوي
جامعة ساكلان باريس

Heidelberg - EBUS RADIAL - EBUS TBNA
المنظار التدخلي : EBUS RADIAL - EBUS TBNA

13/10/2022

Casablanca, le

Mme BERBER Meryem

49,60 x 2

D CURE 100000

1 AMPOULE /15 J , pendant 3 mois



VIAGAM FER

1 CP /J , pendant 4 mois

105,00 x 2



309,20

LOT N° : 22052
UT. AV : 12/24
PPC (DH) : 105,00

Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologue
404, Rés. Safaa App. 15
Ain Chok - Casablanca
Tél : 05 22 52 35 16
INPE : 15 46

LOT N° : 22160
UT. AV : 01/25
PPC (DH) : 05,00



Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

أمراض السلس - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية

Maladies respiratoires - Asthme et allergies

Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Membre de la European Respiratory Society

Diplôme d'Université Maladies Vasculaires Pulmonaires Chroniques
Université Paris-Saclay

S TBNA - EBUS RADIAL. Heidelberg

LOT: GA10505

PER: 09/2023

PPV: 75 DH 00

Casablanca, le

زنقة
لبنون

Heidelberg

LOT: GB20145
PER: 12/2023
PPV: 140 DH 00

LOT: GB20543
PER: 02/2024
PPV: 140 DH 00

Mlle BERBER Meryem

453,00 x 2
SAFLU 125 MG

02 bouff x2/j, pendant 3 mois

25,00
VENTOLINE SPRAY

02 bouff x04/j, pendant 6 jours

25,00
NAZAIR SPRAY NASAL

01 pulv x2/j pendant 07 j puis 01 pulv/j, per



PHARMACIE MAJORELLE
Coopérative Sofaca I, N° 14
Ouled Taleb, Casablanca - Tél. : 05 22 50 81 42

Dr. Hind JANAH
Pneumo-Allergologue
404, Rés. Safaa Appt 15, Bd Al Qods
Ain Chok - Casablanca
INPI : 0912-5101
Tél : 05 22 21 45 46