

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-709546

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : M. HAMMAD

Nom & Prénom : BERBER

Date de naissance : 09/10/69

Adresse : NOUAGRA

Tél. : 0668122351 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/2022

Nom et prénom du malade : Hella BERBER MERYEN

Age :

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 : Le : 10 NOV 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] R ACCUEIL I. BOUACHA

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 |
| 03/10/2012 | S | | 30000 | INP : 081235101 <div> <div> </div> <div> <p>CSA Rég. Sél. 5 April 15, 1914 Tel : 05 22 21 45 46 INPE 001235101</p> </div> </div> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE MAJORELLE Coopérative Sofaca I, N° 14 Ouled Taleb, Calimane blanca - Tél. : 05 22 50 81 42 | 03/10/22 13/10/22 | 445,60 309,20 |

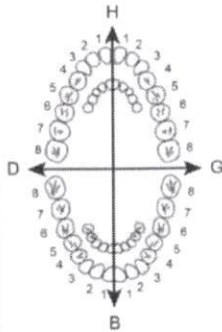
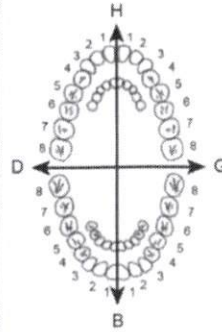
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|--|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | H | | G | | 25533412 | 21433552 | | | 00000000 | 00000000 | | | D | | B | | 00000000 | 00000000 | | | 35533411 | 11433553 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: | | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

8

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The bridge is labeled 'D' on the left side.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hind JANAHA

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكتاب والصفار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السيل - الأمراض المتعلقة بالتدخين - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض ارتفاع ضغط الشريان الرئوي
جامعة ساكلاي باريس

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

13/10/2022

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

atoires - Asthme et allergies
logie du sommeil - Tests cutanés
onctionnelles Respiratoires

European Respiratory Society
dies Vasculaires Pulmonaires Chroniques
rsité Paris-Saclay
e: EBUS TBNA - EBUS RADIAL - Heidelberg

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

Casablanca, le

Mlle 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
105,00
PPC (DH):

Dr. Hind JANAHA
Pneumo-Allergologue
404, Rés. Safaa, 3ème étage, Appt. N°15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 21 45 46
INPE

LOT N°: 22160
UT. AV: 11/25
05,00
PPC (DH):

Dr. Hind JANAH

Pneumo-ptisiologie - Allergologie
pour Adultes et Enfants

Maladies respiratoires - Asthme et allergies
Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés
Explorations Fonctionnelles Respiratoires



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للأطفال والصغار

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية
أمراض السيل - الأمراض المتعلقة بالتدخين - اختبارات الحساسية

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

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

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

Mlle BERBER Meryem

SAFLU 125 MG

02 bouff x2/j, pendant 3 mois

VENTOLINE SPRAY

02 bouff x04/j, pendant 6 jours

NAZAIR SPRAY NASAL

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



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

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

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