

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.

N° W21-709534

147162

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8621

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERBER MOHAMMED

Date de naissance :

09/10/69

Adresse :

NOUR CGVR

Tél. :

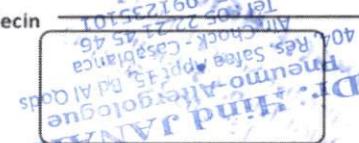
0668122351

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/12/2012

Nom et prénom du malade :

Enf BERBER Hajar

Age :

10 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Signature de l'art

Le :

JAN. 2013

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
29/12/2022	CS		3000 HT	INP : 14521525101 Dr. Hind JANNA Médecin-dématologue 10, rue Sébastien Brant 13007 Marseille Tél. 06 65 21 45 46

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>PHARMACIE MAJORELL</i> Coopérative Solidaire 1. N° 14 Quartier Talib Calotra 13000 - TÉL: 05 81 22 22 22	29/12/22	1112,20	181,50
	26/01/23		

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 (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	Nature des Soins (List of treatment types: H, G, D, B)	Coefficient (10 empty lines for coefficient entries)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
						H	25533412	21433552												
						D	00000000	00000000												
						G	00000000	00000000												
						B	35533411	11433553												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
للكبار والصغار

Maladies respiratoires

et allergies

I - Tests cutanés
spiratoires

93,40

Society
naires Chroniques

Heidelberg

LOT: GBZGUS98
PER: 02/2024
PPV: 115 DH 00

ablanca, le

أمراض الجهاز التنفسي - الربو والحساسية

أمراض السل - الأمراض المتعلقة بالنوم - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسي

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة
دبلوم جامعي في أمراض الرئة ضبط الشريان الرئوي
جامعة ساكسن بايern

Heidelberg - EBUS RADIAL - EBUS TBNA
المنظار التدخلي : 29/12/2022

Enf. BERBER Hajar

93,40

OFIKEN SIROP

x2/j, pendant 7 jours

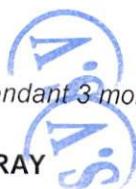


VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

115,00

SAFLU 50 MG

02 bouff x2/j, pendant 3 mois



45,30

VENTOLINE SPRAY

02 bouff x4/j, pendant 6 jours



19,00

HIVERNEX SIROP

x3/j



19,50

APIXOL SIROP

x3/j



44,12,20

~~HARMACHE MAJORE~~
Coopérative Sociale N° 1
Ouled Taleb, Casablanca
Tél : 05 22 33 30 00
Fax : 05 22 33 30 01

LOT 104677/FC4
PER.03/2025
PPV 79,00

PPC: 79,50 DH
A consommer
avant le:
08/2025
220619

Dr. Hind JANAH
Pneum.-Allergologie
404, Rés. Safaa Appt.15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca
Tél: 05 22 21 45 46
N°PE: 001235101

Dr. Hind JANAH

Pneumo-phtisiologue - Allergologue
pour Adultes et Enfants



الدكتورة هند جناح

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى والحساسية
للكبار والمصغار

أمراض السيل - الأمراض المترافقه بالنوم - اختبارات الحساسية
الكشف الوظيفي التنفسى

Maladies respiratoires - Asthme et allergies

Tuberculose - Pathologie du sommeil - Tests cutanés

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Membre de la European Respiratory Society

Membre de la société Marocaine des Maladies Respiratoires

Membre de l'association Marocaine de Formation Continue en Allergologie

عضو في الجمعية الأوروبية لأمراض الرئة

عضو في الجمعية المغربية للأمراض التنفسية

عضو في الجمعية المغربية أمفوكال

04/01/2023

Casablanca, le

Enf. BERBER Hajar

45,30 VENTOLINE SPRAY

02 bouff x4/j, pendant 8 jours



19,90 CLAVULIN 500 MG

x2/j, pendant 7 jours



40,00 ISOLONE 20 MG

01 cp et 1/2, pendant 3 jours



16,30 SOUFFRANE GOUTTES



40,00

181,50

HARMACIE MAJORELLE
Coopérative Safaa 1, N° 14
Office Taleb. Calimene
Casablanca Tél. : 05 22 30 142

INPE : 09 12 21 46 01
Tél : 05 22 21 45 46
404, Rés. Safaa • 3ème étage, Bd Al Qods
Pneumo-Allergologue
Dr. Hind JANAH

05 22 21 45 46 - 07 77 93 13 05 drjanahhind@gmail.com

404 Rés. Safaa, 3ème étage, Appt.N°15, Bd. Al Qods, Ain Chok - Casablanca