

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 :

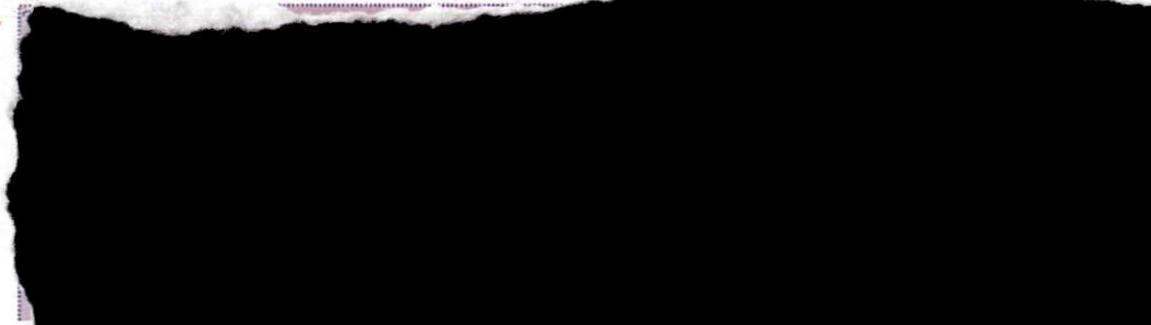
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

| | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 8228 | | | |
| Société : R.A.M. | | | |
| <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre | | | |
| Nom & Prénom : KHATMI ABDALLAH | | | |
| Date de naissance : 08/02/58 | | | |
| Adresse : 12 | | | |
| Tél. : 05 22 20 45 45 | | | |
| Total des frais engagés : 1332,60 Dhs | | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 16/10/23 | | | |
| Nom et prénom du malade : EB | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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 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 | | | |
| Signature de l'adhérent(e) : AH | | | |
| Le : 20 DEC. 2023 | | | |



| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | INP : <input type="text"/> | |
| | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | | D | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 35533411 | 11433553 | B | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 35533411 | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

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 التنفسي
الحساسية والنوم والشخير

الدكتورة زينب بerala

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
أمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة للشخص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طبية سابقة مستشفى باريس يتي سالبترير ومستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le :
16/10/2023

MME EL-GOUMRI ATIKA

82,10 x 6

- Inexium 20 mg - comprimé gastrorésistant

1 Comprimé avant les repas le matin pendant 3 mois

24,60 x 10

- Potassium 15% - sirop

1 cuillère matin et soir, pendant 3 mois

19,00 x 3

- Cortancyl 5 mg - comprimé

1/2 comprimé le matin après repas pendant 3 mois

99,00 x 3

- Relaxium 375

1 Comprimé le soir après les repas, pendant 3 mois

Régime peu salé

1092,60

Dr. ZINEB BERRADA
Pneumologue Sommeil
Rés. Espace Yacoub El Mansour
Tél. 0522 98 12 19 - Casablanca
Dr. Naiwa Bennani
320 Bd. Ouhad Errabbi, Oujda
Tél: 05 22 98 28 29

Dr. Naiwa Bennani
320 Bd. Ouhad Errabbi, Oujda
Tél: 05 22 98 28 29

Résidence Espace El Mansour

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

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

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

SYNTHEMEDIC
22 rue scoubidou au sasum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14

64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

22 rue scoubidou au sasum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14

64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue scoubidou au sasum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14

64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

6 118001 020591
64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH

20 mg Cpr GR
Boite 14
SYNTHEMEDIC
22 rue scoubidou au sasum roches
noires casablanca
INEXIUM

SYNTHEMEDIC
22 rue scoubidou au sasum roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14

64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

6 118001 020591
64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH

20 mg Cpr GR
Boite 14
SYNTHEMEDIC
22 rue scoubidou au sasum roches
noires casablanca
INEXIUM

PPV 24DH60 EXP 04/2026
LOT 31018 3

LOT 230610 1 EXP 02 - 2028
PPV 19 00

LOT 230609 1 EXP 02 - 2028
PPV 19 00

LOT 230610 1 EXP 02 - 2028
PPV 19 00

LOT: 230682
DUO: 07/2026
99,00DH

LOT: 230682
DUO: 07/2026
99,00DH

LOT: 230682
DUO: 07/2025
99,00DH