

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	2708	Société :	RAM 55191
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		KHATMI Abdellah	
Date de naissance :		08/02/10	
Adresse :		W	
Tél. :		W	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

NAMA BENAZZOUI BERRADA
Médecin Gynécologue Accoucheur
Centre de Bir Anzaïne Casablanca 20000
Tél. 05 22 20 45 45 Fax 05 22 22 78 18

Date de consultation :

04/12/2022

Nom et prénom du malade :

Khoutou Aguir

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Adulte

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 :

Centre Allal Ben Abdellah

Signature de l'adhérent(e) :

Abdellah

Le : 04/12/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/11/2012	6		300	INP 11177441 0522 2850 85
18/11/2012	1. NURAMA BENI 2. Gynécologue		40	Chirurgien Gynécologue 19, Bd. Bir Anzoura Hôpital - Casablanca
22/11/2012	Chirurgien Gynécologue		10	0522 2850 85 Fax: 0522 2850 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Niâma BENAZZOUZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité

Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie

Echographie Doppler - Médecine Foetale

Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie

Hystéroskopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Île-de-France



الدكتورة نعمة بنعزوز براادة

اختصاصية في

الولادة - أمراض و جراحة النساء - العقم

أمراض الثدي و فم الرحم - الجراحة النسائية

التنظير الداخلي - التشخيص بالصدى

الأمراض الجنسية

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس - فرنسا

04.03.2020

Ime : Khatmi

Abir

1 ostrogel 0.06%
1 dose 1g
sur le bras du côté
mois/verso
Drosgestrol
40100/115
à porter de 10g
d'ostrogel

6 fts

Dr. NIAMA BENAZZOUZ BERRADA
Chirurgien Gynécologue Accoucheur

119, Bd. Bir Anzarane, Maârif, Casablanca

119، شارع بير انزاران، المدرسة رمزى بـ، الطاقي الثالث، الدار البيضاء - 10522 - تلفون: 05 22 23 50 86 - فاكس: 05 22 23 50 87 - المستجدات: 05 22 23 50 87

119, شارع بير انزاران، المدرسة رمزى بـ، الطاقي الثالث، الدار البيضاء - 10522 - تلفون: 05 22 23 50 86 - فاكس: 05 22 23 50 87 - المستجدات: 05 22 23 50 87

E-mail : bbniamia@yahoo.fr

Dr. Niâma BENAZZOUZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité
Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie
Echographie Doppler - Médecine Foetale
Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie
Hystéroscopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتورة نعمة بنعزوز براطة

اختصاصية في

الولادة - امراض و جراحة النساء - العقم

أمراض الثدي و قسم الرحم - الجراحة النساء

التنبؤي الوراثي - التشخيص بالموسي

الامراض الجنسية

خطبة مكلية المطلب بباريس

Cachet médecin



Ordonnance

Contra le 04/12/2006 في

Note d'Honoraire

Nom : Khatami

Prénom : Aboir

Epouse :

Date de Naissance :

Consultation gynécologique : 300

Echographie pelvienne et/ou obstétricale : 400

Arrêtée la présente facture à la somme de : 700

Dr. Niâma BENAZZOUZ BERRADA

Spécialiste

Gynécologie - Obstétrique - Stérilité
Maladie du Sein - Colposcopie - Sexologie
Echographie Doppler - Médecine Foetale
Chirurgie Gynécologique - Coeliochirurgie
Hystéroscopie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

atien Hospitalier à Paris - Île-de-France



برادة بنعزوز نعمة الدكتورة

اخصاصية في

الولادة - أمراض النساء - العقم
أمراض الثدي وفم الرحم - الجراحة النسائية
التنظير الداخلي - التشخيص بالصدى
الأمراض الجنسية

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة ساقية بمستشفيات باريس - فرنسا

04.02.2020

Khatmi

Abir

W. St. John

0.06%

Notes by
Mike Bros on location
MoS/4000

6 8T3

PHARMACIE DE LA GARE
8 Place de la Gare - 67000 STRASBOURG

15 DEC. 2020

Tél 03 88 32 02 59
67 2 03357 5

Dr. NIAMA BENAZDOUZ BERRADA
Chirurgien Gynécologue Accoucheur
119, Bd. Bir Anzizane M. 24

119, Bd. Bir Anzarane, Maârif

119، شارع بير انزاران، رقم 119، بناة رمزي بـ"الطاقة الثالثة" الخامس - المستعجلات : 05 22 23 50 86 - الفاكس : 06 61 93 99 33
119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage - Tél.: 05 22 23 50 86 - Fax : 06 61 93 99 33
E-mail : bbniamam@yahoo.fr

PHARMACIE DE LA GARE

Mme Schottar

8 Place de la gare

67000 STRASBOURG

le : 15/12/2020

TEL : 03.88.32.02.59

Op : 5 10:20

FA200052352 POSTE3

Produit	Qté	A régler	Total
---------	-----	----------	-------

Vente du 15/12/20 200052352

pour Abir KHATMI

OESTRODOSE FL DOS

80G	2	5,56	11,12
-----	---	------	-------

PROGESTAN 200MG

CAPM O/V PLQ/45	2	11,91	23,82
-----------------	---	-------	-------

*HONOR. REMBOURS.	1	0,51	0,51
-------------------	---	------	------

Sous total en EUR		35,45
-------------------	--	-------

Net à payer en EUR	35,45
---------------------------	--------------

1 EUR = 6,55957 F

Net à payer en F = 232,54 F

Dént TVA :	0,73
------------	------

15/12/2020 Carte Bancaire en EUF	35,45
----------------------------------	-------

Nombre d'articles :	4
---------------------	---

Montant des Honor. de Disp.	4,59
-----------------------------	------



Dr. Niâma BENZZOUZ BERRADA

Gynécologue Obstétricien

Chirurgie Gynécologique

Ancien Praticien Hospitalier à Paris - Ile de France

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

119, Bd Bir Anzarane, Résidence RAMZI «B» 3ème étage

Tél. 05 22 23 50 86 - Fax. 05 22 23 50 87 - Urgences. 06 61 93 99 3

E-mail : bniâma@hotmail.com

ECHOTOMOGRAPHIES PELVIENNES

+ *Abir*

N° :

04 DEC. 2020

Date :

Nom : Khatri

Prénom : Abir

Age : 1998

Adressé par le Docteur :

Pour : *trouble du cycle (anovulat)*

Pare : b

Geste : 0

D.R.N.:

T.T.:

A.T.C.D.:

COMPTE - RENDU :

Uterus :

① Position :

Laterodeviation
Version et flexion

*utérus droit
version et flexion*

② Forme et taille
de l'utérus

Longueur
Largeur
Epaisseur

hy po plaq

③ Echostructure
uterine

Myomètre
Cavité utérine
Col utérin

Vagin
Trompes
Ovaires

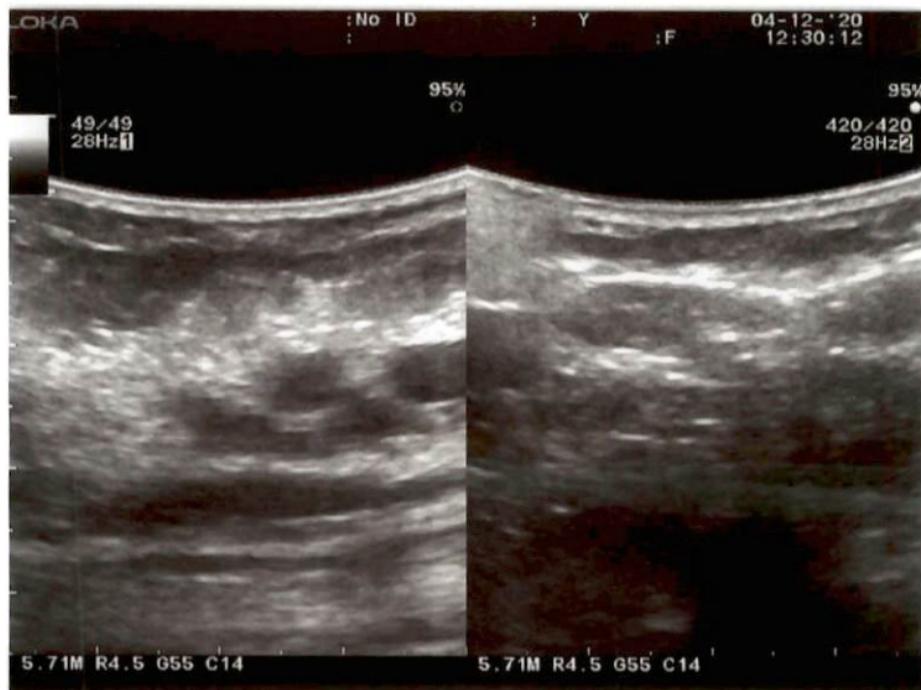
l'utérus

absence

échographie normale

absence d'anovulat

DR. NIAMA BENAZZOUZ BERRADA
Chirurgien Gynécologue Accoucheur
119, Bd. Bir Anzarane Médanif - Casablanca
Tél: 0522 23 50 86/Fax: 0522 23 50 87



joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

2 0 0 0 5 2 3 5 2

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date 1 5 1 2 2 0 2 0

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom KHATMI ABIR

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance 3 0 1 0 6 1 9 9 8

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom KHATMI ABIR

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

A 1

ADRESSE de l'ASSURE(E)

1 RUE D'OSLO

67000 STRASBOURG

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

SCHOTTER ANNE-CATHERINE

RPPS 1010010948

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA GARE

Mme Schotter
8 Place de la gare
67000 STRASBOURG
N° ident 672033578TEL : 03.88.32.02.59
OP : 5 15/12/2020

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom 670000025

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

identifiant

raison sociale
n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

6 7 1 0 5 4 8 6 4

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 0 4 1 2 2 0 2 0 date de l'accord préalable (le cas échéant)

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

accident causé par un tiers : non

oui

date

J J M M A A A A

ou

date

J J M M A A A A

AT/MP	numéro	PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES				QTE: 5 V: 5 en EUR
		CIP/NOM	NumOrd	Acte/Qte/Prix	Taux Remise Montant	
tarification détaillée						
3400933829247	OESTRODOSE FL DOS	175577		PH7 2x4,54	0%	9,08
HONORAIRE DE DISPENSATION				HD7 2x1,02	0%	2,04
3400935876324	PROGESTAN 200MG CA	175578		PH7 2x10,89	0%	21,78
HONORAIRE DE DISPENSATION				HD7 2x1,02	0%	2,04
HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.				HDR 1x0,51	0%	0,51

imprimer les codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

3 5 4 5

MONTANT TOTAL
PHARMACIE DE LA GARE
67000 STRASBOURG

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

PHARMACIE DE LA GARE

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur6720335783 88 32 02 59
67 2 033578signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.