

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-729879

741 097

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Khatmi ABDALLAH

Date de naissance : 08/02/1958

Adresse : Col

Tél. : 06 Total des frais engagés : 1541,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 16 DEC 2022

Date de consultation : 10/10/2022

Nom et prénom du malade : EL-Goumi AT:KA 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.

à : 11/11/22 Le : 11/11/22

Adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

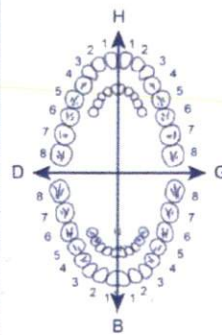
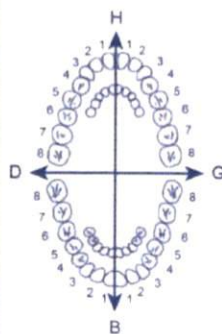
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
21/10/22	(CS)		300.00	INP : 0911241251

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Mansi Dr. Nour El Mansi 320, Bd. Oum Eloussama Tél : 05 22 93 28 29	21/10/22	1241,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<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
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	[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												

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية و النوم والشخير

Dr Zineb Berrada

الدكتورة زينب بريدة

Spécialiste
et des troubles

DIU de Pathologie
DU d'Imagerie
Certificat d'éch
Ancien Médecin
et à l'hôpital 21

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي

وأفراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بال

طبية سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبتيار و بمست

4580 4580 4580 4580 4580 4580

ca le : 29/10/2022

Ph. El Gourm. Akko

45, 80 x 6

1/2 Corteyl 20y



1 cp. et 1/2 (1 mois)

pus - Corteyl 20y 1 cp.

2280

+ Corteyl 1 = 1 cp.



(1 mois)

pus Corteyl 20y 1 cp

(1 mois)

صيدلية المنال
Pharmacie El Manal
Dr. Najwa Hannani
320, Bd. Oum Errabi, Oulfa
Tél : 05 22 93 28 29

صيدلية المنال
Pharmacie El Manal
Dr. Najwa Hannani
320, Bd. Oum Errabi, Oulfa
Tél : 05 22 93 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

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

82,10 x 7

21 Inexium Day



1 cp. le matin et 1 cp. x 3 semaines

EXP 02/2025
LOT 22033 2

PPV 24DH60

16 x 15

31 Inexium Day



1 cés x 026

x 3 semaines

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

Regim per sale

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

Verigip tchre

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

PPV 24DH60
EXP 04/2025
LOT 22033 4

41,30

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH
6 118001 020591

LOT: 22E002
PER: 01/2025
CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V.: 22DH80
6 118000 060345

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V.: 82.10 DH
6 118001 020591