

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--|--|----------------------------------|------------------|
| Matricule : | 503 | Société : | R.A.M / 149940 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | SEBTI ABDEPLA 14 |
| Nom & Prénom : | | Date de naissance : | |
| Rue VOCRATE REVISE ENCE ESPACE SOCIALE PORTÉ 0. ETAGE 1 - APPART. 101 | | 15/08/46 | |
| Tél. : | 06 45 60 98 42 | Total des frais engagés : | 763 Dhs |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Bent Amy Kamar Age:

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Allal Ben Abdellah Conjoint Enfant

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 : 26/01/2013

Signature de l'adhérent(e) :

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 Recouvrement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16.02.23 (cs) | | | 300.00 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  96, Rue des Champs Elysées 75008 Paris Téléphone : 01 52 25 22 02 | 16/02/23 | 263,40 |

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue**

ANALYSES - RADIographies

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 16.08.23 | (2) | 200.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ONDE

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|-------------|--|---|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|---|--|--|
| | | | | 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 | <p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CABIN
D'ALL

D

Spé
et de

DIU de l
DU d'im
Certifica
Ancien I
et à l'hôpital 20 Août - CHU Ibnou Rochd Casablanca

Fluibron

Ambroxol



30,00

MME BENTAMY KAMAR

40,00

- Effipred 20 mg - comprimé effervescents

3 comprimés le matin après le repas pendant 5 jours

163,40

- Monozeclar 500 mg - comprimé pelliculé à libération modifiée

1 Comprimé le midi après le repas, pendant 7 jours

30,00

- Fluibron 0,3 % - sirop

1 cuillère, matin et soir, pendant 5 jours

30,00

- Oedes 20 mg - gélule

1 Gélule, avant les repas du matin pendant 5 jours

263,40

PHARMACIE ACHARAF SARI
Dr SAHIB Mohammed Amine
36 Rue Socrate Ibn Al-Haïr - Casablanca
Tél: 05 22 98 12 19

EFFIPRED® 20 mg
PPU 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 21

جهاز التنفس
نوم والشخير
فيسب برباد

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس بيرلو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس بيكرات

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى بباريس
طبية سابقة بمستشفيات باريس يبني سالبزيار وبمستشفى 20 غشت بليبياء

Casablanca le : 16/02/2023

LOT 211490
EXP 03/2024
PPU 30.00DH

Résidence Espace El Mansour

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

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

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

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 التنفسى
الحساسية والنوم والشيخوخة
الدكتورة زينب بerala

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى
وأمراض النوم والشيخوخة

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس بيرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس بيكرات

شهادة الفحص بالصدري من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدري بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بيتي سالپيترار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 16/02/2023

MME BENTAMY KAMAR

Radiographie du thorax : Face

Syndrome bronchique

Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou séquellaire

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.



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

Casablanca 16/02/2023

FACTURE

A la suite de la consultation du 16/02/2023 de MME BENTAMY
KAMAR
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :

| ACTE : | MONTANT |
|--------------|----------|
| RADIO THORAX | 200.00DH |

Merci de votre confiance

