

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0049699

## 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.

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

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBTE ABDELLAH

Date de naissance : 15/08/46

Adresse : Rue YACRAT RESIDENCE ESPACE SOCIAL

PORT E. ETAGE 1 - APPT 1 - DARRI CAH

Tél. : 06 45 50 98 49 Total des frais engagés : 763 DH 40 DHS

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : Bentamy Kamar 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.

Fait à : Le : 16/01/23

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
16.02.23	(c.s.)		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.02.23	263,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16.02.23	(2)	200.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

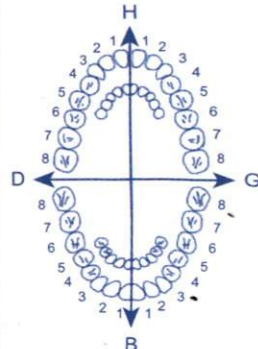
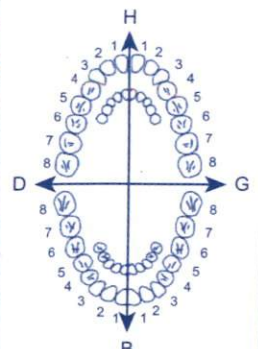
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 l  
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca

# Fluibron

Ambroxol



30,00

هذا ما اض الجهاز التنفسي  
EFFIPRED® 20 mg  
نوم والشخير  
زنب برل  
PPV 40DH00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 21

أخصي أمراض الجهاز التنفسي  
وأفراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو  
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرت  
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالبتر بار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 16/02/2023

MME BENTAMY KAMAR

40,00

- Effipred 20 mg - comprimé effervescent  
3 comprimés le matin après le repas pendant 5 jours

163,40

30,00

- 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

- 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, Casablanca  
Tél: 05 22 98 12 19

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

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 بركة

أخصائية امراض 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 بالصدى باريس  
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالبتربار 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.**

*[Handwritten signature]*

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

