

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 - 5ème 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0047969

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06938 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAÏLOUA ABDEL MOUMIN
Date de naissance : 17/02/1962
Adresse : 601 NEIPUR LUG NO 82
BAYE CALIFORNIE CASABLANCA
Tél. : 050 16999 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Maison Médicale Paul VALERY**
271 Allée de bon Accueil
34090 Montpellier
Tél : 04 67 52 02 76
Date de consultation : 13/07/2023
Nom et prénom du malade : HAÏLOUA ABDEL MOUMIN Age : 61
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Longue Durée
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) : [Signature]

Le : 13/07/2023

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	Maison Médicale Paul VALERY 271 Allée de Bon Accueil 34090 Montpellier Tél : 04 67 52 02 76
13/07	Croûte dentaire	1	25€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Pirée 34000 MONTPELLIER 13 JUL. 2023 Tél : 04 99 43 65 50 pharmacie.dupiree@gmail.com 342028842	13/07/23	30,58€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr DIDIER SOLIGNAC 06 RADIO DIAGNOSTIC ET IMAGERIE MENTONNÉE 10 BOULEVARD VICTOR HUGO 34000 MONTPELLIER ⇒ 34 1 74666 7 00 1 24 1 06 OAB COMV 200 IK SPEC	13/07/23	250K002	24,65€

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

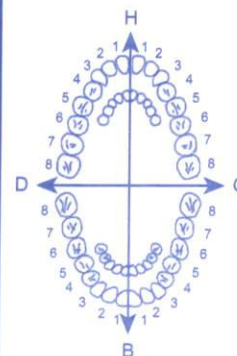
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Thierry CHERIFCHEIKH

Médecin généraliste

34 001 5213

RPPS : 10003212098

MAISON MEDICALE PAUL VALERY

AÉSIO Santé Méditerranée

271 allée de Bon Accueil

34090 Montpellier

☎ 04 67 52 02 76 ☎ 04 67 52 71 81

le 13 07 25

Dr. HAÏDOUA JOURNALIN

Rx L - P P. L. L. L.



CABINET DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE

10, Boulevard Victor Hugo
34000 Montpellier
tel: 04 67 12 87 87 - fax: 04 67 12 87 83
www.radiologie34.com

RADIOLOGIE GENERALE
ECHOGRAPHIE – DOPPLER
SENOLOGIE
RADIOLOGIE DENTAIRE
OSTEODENSITOMETRIE
SCANNER – IRM
RADIOLOGIE VASCULAIRE

Dr D. SOLIGNAC Dr C. CALVET Dr F. KLEIN Dr J. FRAGA Dr MC. MAS

DiS
PDS: mGy.cm²

Montpellier, le 13/07/2023

Mr HAILOUA Abdel
Né(e) : 17/02/1962 Nom de naissance :

Motif de l'examen
Toux fièvre modérée

THORAX

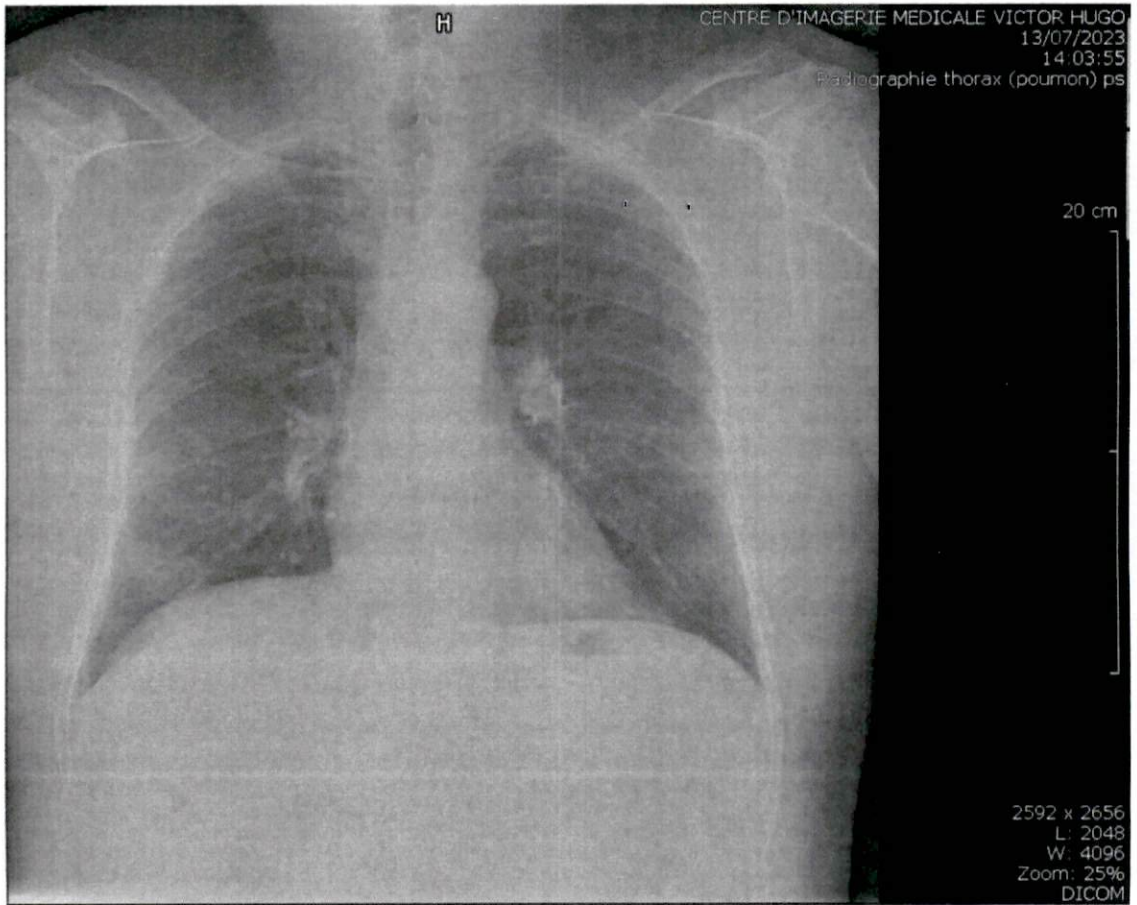
Téléradiographie face, Profil

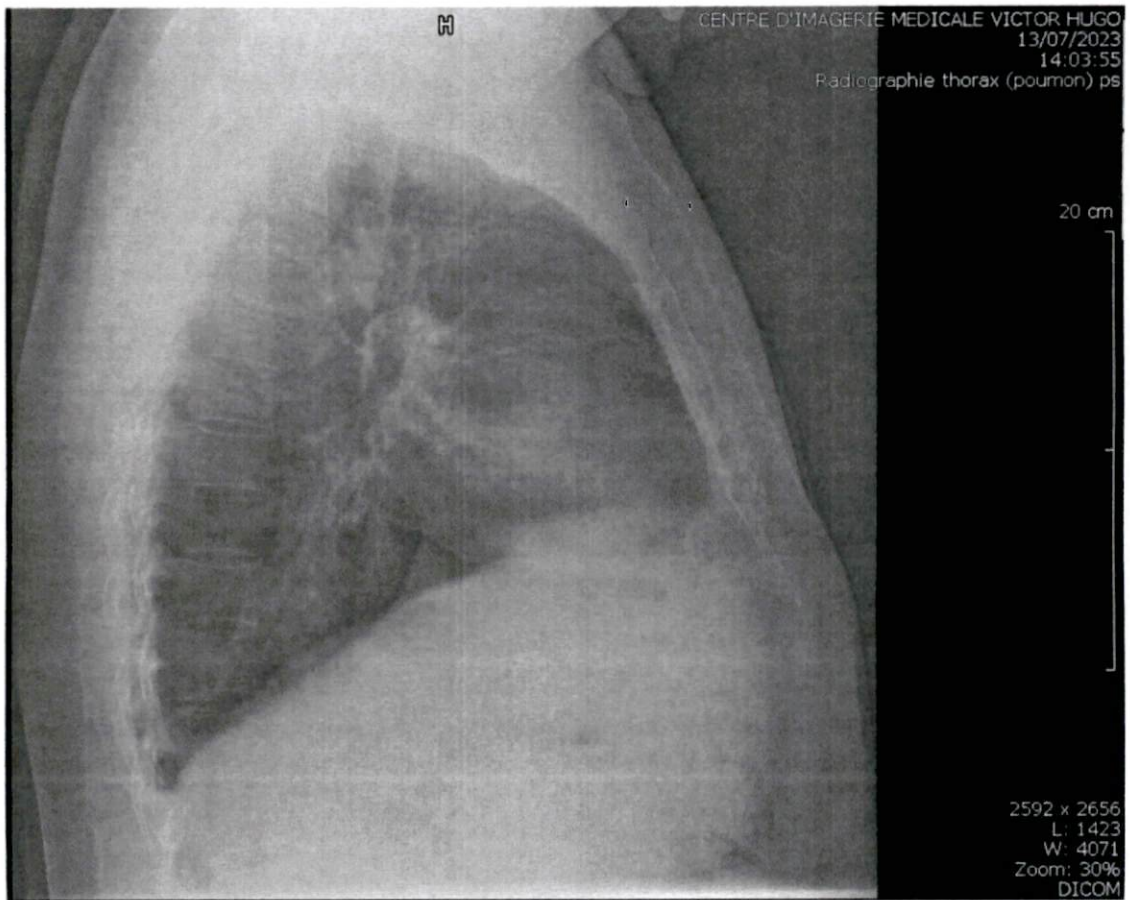
Résultat

Silhouette cardio-péricardique de taille normale.
Absence de foyer parenchymateux systématisé d'allure évolutive.
Pas d'épanchement pleural.
Pas de pneumothorax.
Syndrome bronchique postérobasal bilatéral

Docteur Didier SOLIGNAC







Docteur Thierry CHERIFCHEIKH

Médecin généraliste

Maison Médicale Paul Valéry
Languedoc Mutualité Union Ambulatoire

271, Allée de bon accueil
34090 MONTPELLIER
Tel: 04.67.52.02.76

34 001 521 3

Montpellier, le 13/07/2023

HAILOUA ABDEL MOUNHIM, 61 ans.

KESTIN 10MG CPR 15 (Ebastine)

1 comprimé 1 fois par jour pendant 8 jours.

BRONCHODUAL 50/20MCG/DOSE INH 200 (Fénotérol + ipratropium)

1 bouffée 6 fois par jour pendant 8 jours.

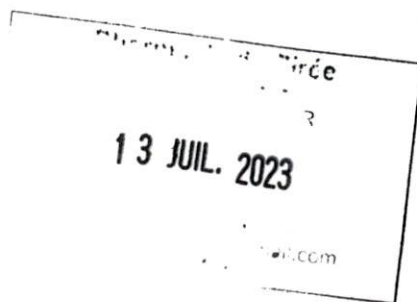
PREDNISOLONE 20MG ARROW CPR EFS 20 (Prednisolone)

4 comprimés 1 fois par jour au cours du petit-déjeuner pendant 3 jours. à dissoudre dans un verre d'eau.

2 cp le matin et 1 cp à midi pendant 4 jours

ZITHROMAX 250MG CPR 6 (Azithromycine)

1 comprimé 1 fois par jour pendant 4 jours.



**CABINET DE RADIOLOGIE
ET D'IMAGERIE MEDICALE**

10, Boulevard Victor Hugo
34000 MONTPELLIER
Tél : 04 67 12 87 87 – Fax : 04 67 12 87 83

**RADIOLOGIE GENERALE
ECHOGRAPHIE – DOPPLER
SENOLOGIE
RADIOLOGIE DENTAIRE
OSTEODENSITOMETRIE
SCANNER – IRM
RADIOLOGIE VASCULAIRE**

Dr M.C. MAS

Dr J. FRAGA

Dr Ch. CALVET

Dr D. SOLIGNAC

Dr F. KLEIN

FACTURE MUTUELLE POUR REMBOURSEMENT TICKET MODERATEUR

Docteur SOLIGNAC Didier
06 Electroradiologue
341746667

Conventionné

Facture du 13/07/2023 Numéro : 162307130084

Bénéficiaire HAILOUA
Abdel

Assuré HAILOUA
Abdel

Matricule -

Régime / Caisse / Centre :

Date des actes : 13/07/2023
Actes facturés : ZBQK002 Z

Montant Total : 24,66 €

Taux de prise en charge AMO () 0,00 €

Taux de prise en charge AMC () 0,00 €

Payé par l'assuré : 24,66 €

Dr DIDIER SOLIGNAC
06 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
10 BOULEVARD VICTOR HUGO
34000 MONTPELLIER
Conventionné
⇒ 34 1 74666 7 00 1 24 1 06
CAS CONV ZID IK SPEC



Groupe Imacam
Imagerie Médicale

DOCUMENT A CONSERVER

HAILOUA Abdel

Numéro de dossier: 333001.8201915

le 13/07/2023

Madame, Monsieur,

Vous venez de passer un examen d'Imagerie Médicale dans un de nos centres de radiologie.

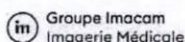
VICTOR HUGO Radiologie

Vous pouvez accéder à votre examen, votre compte rendu et l'imprimer à partir de n'importe quel type d'ordinateur (PC, Mac) connecté à internet. Vous pouvez également le faire à partir d'une tablette tactile ou de votre smartphone.

Pour accéder à vos résultats, il faut vous connecter à notre site internet: <https://radiologie34.com>

Dans la barre d'accueil en haut à droite choisir la rubrique

Mes résultats



Accueil

Le Groupe ▾

Examens ▾

Urgence sein

Préparer ma venue

Prendre rendez-vous

Mes résultats

Payer en ligne

Il vous faudra ensuite choisir l'accès patient du centre de radiologie dans lequel vous avez passé vos examens.
(VICTOR HUGO Radiologie)

Accès patient

Vous arrivez maintenant sur la page d'accueil de notre serveur de diffusion.
Vous devez saisir:

Votre numéro de dossier (333001.8201915)

ATTENTION: Bien mettre un point entre les 2 séries de chiffres.

votre date de naissance sous le format JJ/MM/AAAA

Puis cliquez sur **Connexion**

Numéro de dossier

Numéro de dossier

(jour)/(mois)/(Année)

Date de naissance

Connexion

Vous avez la possibilité de consulter votre compte rendu d'examen (format PDF) et l'imprimer en cliquant sur:

«**Télécharger mon compte rendu**» *

Vous pouvez accéder à vos images: Pour les afficher, double cliquez sur: «**Visualiser mes images**»

Mes examens

Bienvenue sur votre espace de téléchargement

NOM Prénom né(e) le [date de naissance]

Date examen	Numéro de dossier	Description	Télécharger mon compte rendu	Visualiser mes images	Télécharger mes images
JJ/MM/AAAA	333001.N° de votre dossier	NOM DE VOTRE EXAMEN			

En cas de besoin(*), vous avez également la possibilité de **télécharger les fichiers images** en cliquant sur: «**Télécharger mes images**». Ceci afin de les conserver sur un support numérique, ou de les transmettre à un praticien qui vous en aurait fait la demande.

ATTENTION: ces données sont personnelles et confidentielles : avant de les communiquer à qui que ce soit, assurez vous que c'est absolument nécessaire et justifié.

Pour toutes remarques concernant votre prise en charge, Imacam met à votre disposition une boîte mail dédiée : imacamvousecoute@radiologie34.com vous permettant de dialoguer directement avec notre service qualité.

Veillez noter qu'à cette adresse ne sera traité ni la prise de rendez-vous, ni les résultats d'examens.

(*) : IMACAM conserve vos dossiers images pendant 3 ans pour les radiographies et échographies, et 5 ans pour les scanners, IRM, et mammographies.

En cas de pathologie au long cours, nous vous conseillons de télécharger et d'archiver vos examens sur un support numérique.

Maison Médicale Paul Valéry

N° Finess : 34 0 01521 3

271, ALLÉE DE BON ACCUEIL

34090 MONTPELLIER CEDEX 5

Tél: 04.67.52.02.76 - Fax: 04.67.52.71.81

FACTURE

Fact / FSE 2 306 294 / 0

du: 13/07/2023

Praticien **CHERIFCHEIKH Thierry**

01 Generaliste

Page 1 of 1

Patient : HAILOUA Abdel Mounhim (N°: 2446779)

Né(e) le : 17/02/1962

Lien :

N° INSEE :

Risque :

Assuré : HAILOUA Abdel Mounhim (N°: 2446779)

Adresse : 180, Boulevard du consul de la mer

34000 M ONTPELLIER

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
13/07/2023	GS 1	1,00	25,00	0,00	25,00
					25,00 €

Acquittée

Maison Médicale Paul VALERY
271 Allée de bon Accueil
34090 Montpellier
Tél. 04 67 52 02 76

Montant des avances consenties	A la charge de l'assuré			
	25,00 €			
	<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
	0.00 €	0.00 €	25.00 €	0.00 €
Total :	0,00 €	Reste dû le 13/07/2023		0,00

Facture

Numéro de facture	Date	Code client
230034021	13/07/2023	

342028842

PHARMACIE DU PIREE

M. Morgan LAURE

Place Jean Bene

34000 MONTPELLIER

FRANCE

Tél : 04 99 13 65 50

Fax : 04 99 13 65 50

E-mail : pharmaciedupiree@gmail.com

SIRET :

APE :

TVA Intracommunautaire :

BNP 30004 02402 00010057853 48

HAILOUA ABDELMOUNHIM

34000 MONTPELLIER

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/08/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
34009 2781332 0	EBASTINE BIOGARAN 10 MG CPR PE PLQ/30	1	5,0343	0,00	5,0343	5,03	2,1
34009 3910719 6	PREDNISOLONE BIOG20MG CPR OR	2	4,1626	0,00	4,1626	8,33	2,1
34009 3024134 9	AZITHROMYCINE BGA 250MG CPR 6	1	8,2370	0,00	8,2370	8,24	2,1
34009 3608699 9	BRONCHODUAL 50/20MCG AERO 2C	1	8,3546	0,00	8,3546	8,35	2,1

Quantité totale des produits : 5

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA
2,1%	29,95	0,00%	0,00	29,95	0,63
Total	29,95	0,00%	0,00	29,95	0,63

Total Net HT	29,95 EUR
TVA	0,63 EUR
Montant TTC	30,58 EUR

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.

En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros



LOT: A230131
EXP: 03/2026
S/N: 59524408381062
PC: 03400939107196



PREDNISOLONE BIOGARAN® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE.

CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= DANGER



**Ne pas utiliser
chez la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique**

Pas de précautions particulières
de conservation.

**TENIR HORS DE LA VUE ET
DE LA PORTEE DES ENFANTS**

5039404

PREDNISOLONE BIOGARAN® 20 mg

TITULAIRE/EXPLOITANT : Laboratoires Biogaran
15, boulevard Charles de Gaulle - 92707 Colombes Cedex

Médicament autorisé n° 34009 391 071 9 6

20
COMPRIMÉS
ORODISPERSIBLES

PREDNISOLONE
BIOGARAN® 20 mg

4 matin -> 3g
pour 2 matin 1 midi
6 4g



VOIE ORALE

				PENDANT	 ADULTE ET ENFANT DE PLUS DE 10 KG
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DURÉE	 REPAS	

COMPOSITION :

Métasulfobenzozate sodique de prednisolone 31,44 mg
Quantité correspondant à prednisolone 20 mg
Pour un comprimé orodispersible.

Ce médicament contient de l'aspartame, du sorbitol, de la maltodextrine (source de glucose) et de l'anhidride sulfureux (E220). Voir la notice pour plus d'informations.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Lire la notice avant utilisation.

20
COMPRIMÉS
ORODISPERSIBLES

862000003030

PREDNISOLONE
BIOGARAN® 20 mg

20
COMPRIMÉS
ORODISPERSIBLES





Solution pour inhalation en flacon pressurisé
Bronchodual®
50 microgrammes /
20 microgrammes par dose

Bronchodual®
50 microgrammes /
20 microgrammes par dose
Solution
pour inhalation
en flacon pressurisé

Tenir hors de la vue et de
la portée des enfants.

Bronchodual®
50 microgrammes /
20 microgrammes par dose
Solution
pour inhalation
en flacon pressurisé

Lire la notice avant
utilisation.

Bronchodual®

Bromhydrate de fénotérol /
Bromure d'ipratropium anhydre

50 microgrammes /
20 microgrammes par dose



Ne pas utiliser chez la
femme enceinte, sauf en
l'absence d'alternative
thérapeutique

Réceptif sous pression :

A protéger des rayons du soleil et à ne pas
exposer à une température supérieure à 50 °C.
Ne pas percer ou brûler même après usage.

Médicament autorisé n° 34009 360 869 9 9

Voie inhalée.

Bromhydrate de
fénotérol 0,050 mg
Bromure d'ipratropium
anhydre 0,020 mg
sous forme de bromure
d'ipratropium monohydraté
Pour une dose
Flacon de 200 doses.

Solution pour inhalation
en flacon pressurisé



Boehringer
Ingelheim



Bronchodual® 50 microgrammes /
20 microgrammes par dose



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire/Exploitant :

BOEHRINGER INGELHEIM
FRANCE
100-104 avenue de France
75013 Paris

14
19

PC

03400936086999

315464-08

SN
Lot
EXP

10021839003983
203284
05 2025

AZITHROMYCINE BGR® 250 mg

COMPOSITION : Azithromycine..... 250 mg
Sous forme d'azithromycine dihydratée.
Pour un comprimé pelliculé.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :
Voie orale.
Lire la notice avant utilisation.

6
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

AZITHROMYCINE BGR® 250 mg

ZITHRONAX

115 (4)

6
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

VOIE ORALE

			
			ADULTE
JOUR 1	JOURS SUIVANTS	DURÉE	

AZITHROMYCINE BGR® 250 mg

TITULAIRE / EXPLOITANT :
Laboratoires Biogaran
15, boulevard Charles de Gaulle
92707 Colombes Cedex



Médicament autorisé n° 34009 302 413 4 9

6
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

AZITHROMYCINE BGR® 250 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I. UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



CE MÉDICAMENT
+ GROSSESSE
= DANGER

Ne pas utiliser chez la femme
enceinte avant le 4^e mois
de grossesse, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique



BLISTER
+ ETUI
+ NOTICE



PC: 03400930241349
SN: 68632607094635
LOT: L230723
EXP: 03 03 2026



Pas de précautions particulières de conservation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.