

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 - 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-449752

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12277 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN BELAID Dounia

Date de naissance : 1975

Adresse : Habituelle A 62366

Tél. : 0662771538 Total des frais engagés : 1090,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur HAMID LOUNIS  
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
19, Av. Hassan II - 5e étage  
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/2023

Nom et prénom du malade : BENBELAID DOUNIA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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.

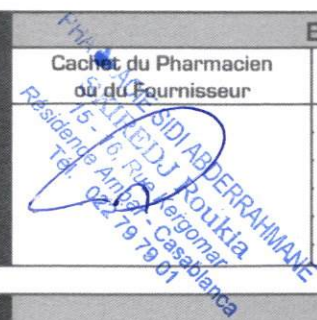
Fait à : Casablanca Le : 25/05/2023

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
03 MAI 2023	VL + 30		600 <sup>n</sup>	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/05/23	199,37

## 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	

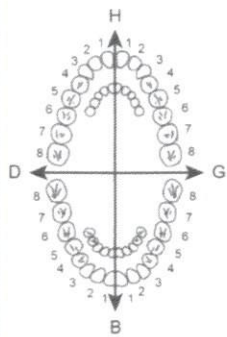
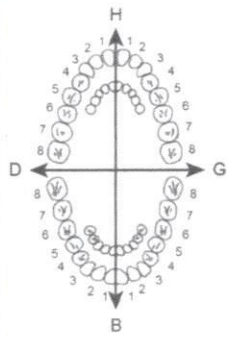
VOLET

# 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 canalaires, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	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



# Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale  
Spécialiste des Maladies  
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassaï II (Face librairie des Ecoles)  
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53  
Fax : 0522 22 71 24

# الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذنين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)  
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53  
فاكس : 0522 22 71 24

03 MAI 2023

Casablanca, le

BOMBELAD Deumer

19/30

Chaine

3 pt 3 pt



MS, 10

Avanap

2 pt matin - 2 pt soir



~~Effipred 20~~

- 3 pt le matin 3

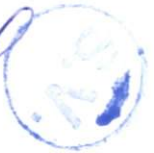
- 3 pt le matin 3

- 2 pt le matin 3

84,50

Fitorox ppy Anal

4-1



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIREDJ Roukia  
5 - 16, Rue Kergomar  
Résidence Ambar - Casablanca  
Tel. 022 79 79 91

# فِتوراكس<sup>®</sup>

بخاخ للحلق

للکبار

يهدئ آلام  
الحنجرة



قارورة  
مع بخاخ



مكوّن من  
مستخلصات  
طبيعية

30 مل

MEDIPRO  
PHARMA



8 051128 636444

LOT

220607



2025/07

PPC : 89,50 dh

J100328

ID: 651173  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
6 118001 142262

Liste I - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

France  
Laboratoire GlaxoSmithKline  
Médicament autorisé n°34009383

mys

mmes/pulvérisation  
ur pulvérisation nasale  
ticasone

Effergalpan de  
 1770 2/2+  
 Eplus  
 73.00 1 ph pour 15j  
 2 autres  
 116.00 1 ph pour 24j - 1

43090

Docteur  
 ORL ET CHN  
 19, Av.  
 Tél. : 0522.

PHARMACIE SIDI ABDELLAHMANE  
 SKIRREDJ Roukta  
 15 - 16, Rue Kergomar  
 Résidence Amper - Casablanca  
 Tél. 022 79 79 01

**EFFERALGAN®** vitaminé C  
 PPV 17DH70 EXP 01/2026  
 LOT 2N055 1

20 comprimés effervescents




**Nébuliseur**  
 Solution 10 ml

gsk

LOT: M0795  
 EXP: SEP 2025  
 PPV: 19.30 DH

٥

# زاموكس

أموكسيسيلين - حامض كلافيلاستيك

1 غ/125 ملغ

## الكبار

مسحوق لأجل  
محلول للشرب  
عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسيلين -  
حامض كلافيلاستيك 1/8

16 كيسا

PPV: 116DH00  
PER: 07-25  
LOT: L2631

## Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale  
Spécialiste des Maladies  
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)  
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53  
Fax : 0522 22 71 24

## الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)  
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53  
فاكس : 0522 22 71 24

Casablanca, le 03 MAI 2023

Nom / Prénom : BOMBELAID

## COMPTE RENDU

☒ Consultation ORL

☒ K30 : Nasofibroscopie

☐ K20 : Audiogramme

☐ K10 : Impédance métrie

☐ K10 : Lavage d'oreille

☐ Autre :

Conclusion :

Rhinite allergique grave  
Papillon nasopharyngien bilatéral  
Papillon catarrhal

Forfait : 600 DH

Docteur HAMID LOUNIS  
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
19, Av. Hassan II - 5e étage  
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA