

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-794053

163121



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01859

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ANBI

Mohammed

Date de naissance :

01/01/1949

Adresse :

Rue 6 n° 62 lot ATTADAMMAE DELFO CASA

Tél. :

05 63 56 84 14

Total des frais engagés : #692,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ATOINI Abdelkrim  
Otorhinolaryngologiste  
Résid. Allal Al Fassi Bd. Allal  
Al Fassi Bloc B n° 2 - 2<sup>e</sup> Et.  
Tél. : 05 36 70 66 03 - OUJDA

Date de consultation :

10/05/2023

Nom et prénom du malade :

ANBI MOHAMED Age: 74

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

OTITE AIGUE gauche - RHINITE  
PHARYNGITE

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 :

Maroc

Le : 30/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ANBI MOHAMED  
31 MAI 2023  
KH. HACI

## 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 Paiement des Actes
10/05/2023	CS	1	250,00 DH	INP : 081015125 Dr. ABDULKRIM ORL & LARYNGOLOGISTE Allal
20/23				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHAR - MOUSLIM</b> <b>SARL/AU</b> <b>25, Boulevard Mohamed V</b> <b>Tél.: 05 22 88-01-00</b> <b>INPE</b> <b>08-20-44-124</b>	<i>1/05/2023</i>	<i>325,80 DH</i> <i>+ 116,40</i> <i>T=442,20</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

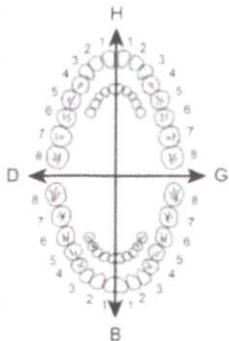
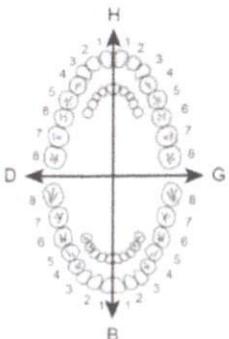
#### VIOLET ADHERENT

## 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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]																													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																													
				MONTANTS DES SOINS [ ]																													
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																													
				FIN D'EXECUTION [ ]																													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H																															
		25533412	21433552																														
		00000000	00000000																														
		D																															
00000000		00000000																															
35533411		11433553																															
B																																	
H																																	
25533412		21433552																															
00000000	00000000																																
D																																	
00000000	00000000																																
35533411	11433553																																
B																																	
[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel. Therapeutique, 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																													

21,80



rim

lles, Larynx



- \* Certificat d'études Spéciales d'ORL (Marseille)
- \* Diplôme de Médecine du Travail (Marseille)
- \* Diplôme International d'Homéopathie (Lyon)
- \* Diplôme International de Mésothérapie (Paris)
- \* DIU de Rhinologie (Paris)
- \* DIU Physiopathologie et Explorations des Fonctions Neurosensorielles ORL (Paris)
- \* DIU Migraines et Céphalées (Toulouse)
- \* Licence en Droit
- \* Lauréat du Concours d'accès au 3<sup>ème</sup> Cycle des Etudes de Droit
- \* Expert Assermenté Prés les Tribunaux

Oujda, le

10 / 05 / 2023

ساعة، في

يد الكريم

تجة والاذن والفك  
اسية، الدورة، أمراض السمع  
تجة والاذن (مرسيل)  
تجة والاذن (مرسيل)

الانف و الجيغ التنفس الأنفي (باريز)  
ب عن الوظائف العصبية والحسية للاذن

PPV 116DH40  
LOT 29012 4  
EXP 10/2024

**FLOXAM**  
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

voie orale

PPV 116DH40  
LOT 29012 4  
EXP 10/2024

**FLOXAM**  
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

voie orale

116,40 x 2



Anbi Mohammed

**PHAR - MOUSLIM**

SARL/AV

25, Boulevard Mohamed V

Tél. : 05 36 73 00 22 01 11 11

16,30

1- Floxam 500

2 cp 3 fois par jour pendant 03 jours.

puis 2 cp 2 fois par jour pendant 07 jours.

2- Soufrane gouttes nasales

2 gouttes 3 fois par jour pendant 10 jours.

3- Bétadine solution buccale

en gargarismes 3 fois par jour pendant 07 jours.

laisser 03 mn dans la bouche et bien gargariser avant de jeter

60,00 mélanger à l'eau.

4- Orapred 20

4 cp en une seule prise au milieu du repas du matin pendant

5- Aller Z

1 cp par jour pendant 30 jours.

6- Polydexa gouttes auriculaires

our pendant 10 jours (oreille gauche)

· mèche sèche après application des go

LOT : 211586  
EXP : 11/2024  
PPV : 42,70 DH

LOT : 220506  
EXP : 04/2025  
PPV : 23,00 DH

LOT : 220506  
EXP : 04/2025  
PPV : 23,00 DH

**OUSLIM**  
SAU  
Mohamed V  
023-OUJDA

543,20 Dr ATC  
Otorhin  
Gésia A

Al Fassi Bld 2<sup>ème</sup>  
SARL 023-OUJDA  
Tel. 05 36 70 66 03

فاس، شارع علال الفاسي بلوك بـ رقم 2، الطابق الثاني (قرب س  
issi, Bd. Allal Al fassi, Bloc B N° 2, 2<sup>ème</sup> Etage (à côté Souk Mel  
66 03 - GSM : 06 62 09 13 32 - E-mail : atoini\_abd

**Betadine**  
Polyvidone Iodée  
solution

PPV 21DH30 EXP 07/2025  
LOT 25013 1

60,00