

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.



180211

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014229

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6961 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GNIQUI MOHAMED Date de naissance : 26/05/54
 Adresse :
 Tél. : 0661 0703 89 Total des frais engagés : 522,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/10/2023
 Nom et prénom du malade : GNIQUI HATIM Age : 18 ans
 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 : 25/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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
20/10/23	G	3000H		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pharmacieur

Date

Montant de la Facture

25-10-23

222,76

Naima

INP: 92044569

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

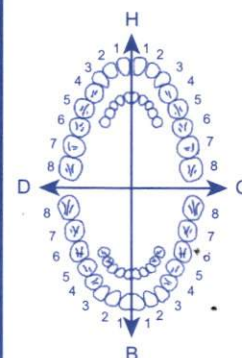
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

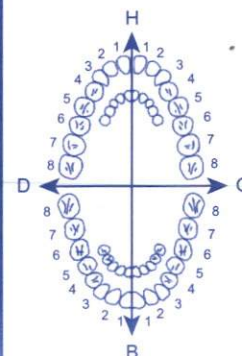
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفاي

أمراض و جراحة الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .

والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا .

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسيل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

Date : 25/10/2023

Patient : GNIOUI HATIM

438,30

augmentin 500

2 CP 2x/J PD 8J.

48,70

SOLUPRED cp 20 mg

2 cp par jour le matin pd 5 jours

21,80

POLYDEXA Oreille

3 gouttes 3x/j pd 8 jours dans l'oreille gauche.

14,00

doliprane 1 g

1cp 3x/jour si douleurs ou fièvre

222,80



Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
Spécialiste O.R.L.

1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassani
Casablanca

Tél: 05 22 89 52 52
I.N.P.E.091164608

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
Spécialiste O.R.L.
1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassani
Casablanca
Tél: 05 22 89 52 52
I.N.P.E.091164608

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalorl@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52

POLYDEXA®

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES



14800

PPV 14DH 0

PER. 07/26

LOT M 371





AUGMENTIN 1 g/125 mg, ADI

buvable en sachet-dose

AUGMENTIN 500 mg/62.5 mg

Amoxicilline/acide clavulanique

**Veillez lire attentivement l'intégralité de
médicament car elle contient des informa**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir be
 - Si vous avez d'autres questions, demandez p
 - Ce médicament vous a été personnellemen
- le donnez pas à d'autres personnes. Il pour
- maladie sont identiques aux vôtres.

PPV : 138,30 DH

LOT : 652790

PER : 04/25

2180



ient

éter
cette

antes :

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vo
une grossesse, demandez conse
médicament.

Conduite de véhicules et utilis
AUGMENTIN peut provoquer des
conduire.

Ne conduisez pas et n'utilisez pa
AUGMENTIN 1 g/125 mg, ADUL
contient de l'aspartam (E951)

- L'aspartam (E951) qui est un
patients nés avec une maladie
- Maltodextrine (glucose) : Si vo
certains sucres, contactez-le a

3. COMMENT PRENDRE AUGMEN

Veillez à toujours prendre ce médicam
médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès

Posologie

adultes et enfants de 10 kg et plus

nol (e
est p
side (e
MENT
és à l
anah
r l'ac
matis
r l'ac

Solupred® 20mg

Prednisolone

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH



6 118000 060536

