

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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'Horizon - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-816569

186859

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 6442		Nom & Prénom : LARA qui Houllaini Drissi	
Actif		Pensionné(e)	
Nom & Prénom : LARA qui Houllaini Drissi		Autre :	
Date de naissance : 07-08-1966		Adresse : 3 lot Karam B ^e Mequinez	
Tél. : 0661 33 5007		Total des frais engagés : 746,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur ZIZI MADANI
Ortho-Rhino - Laryngologue
Chirurgie de la Face et du Cou
Chirurgie N°105 - Hay Hassani
05/11/2022 ANPE 091142190

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

14/11/2022 LARA qui Drissi

Age :

Nature de la maladie :

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) :



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
05/11/2023	Docteur ZIZI MADINA Ortho-Pharyngolaryngologie Chirurgie de la Face et du Cou Bd. Afghani N°105 - 10 ^e arrondissement Casablanca - Tel. 06 72 10 701	200,00	INP : <input type="text"/>	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE BELLA MADINA Dr. Rachid MAMBAR Bd. Tétouan California - Casablanca - 05 22 52 58 08 - Gsm: 06 61 25 45 50	Date Chirurgie Bd. Afghani N°105 - 10 ^e arrondissement Casablanca - Tel. 06 72 10 701 Montant de la Facture Le 05/11/2023 T = 546,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR. ZIZI MADINA</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

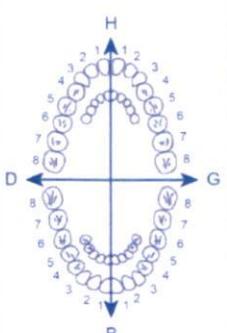
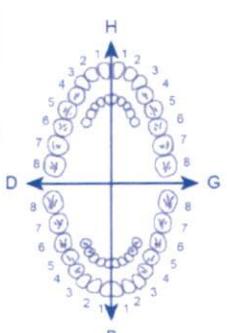
COLET ACHERENT

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 : <input type="text"/>												
																
																
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553	H MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																

ANNEXE 4 ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZIZI MADANI

OTTO-Rhino - Laryngologue
Chirurgie de la Face et du Cou

Bd. Afghanistan N° 105 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 77 01

الدكتور الزيزي المداني

إختصاصي في أمراض الحلق والأذن
والأنف - جراحة الوجه والعنق

شارع أفغانستان رقم 105 - الحي الحسني
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 77 01

Casablanca, le

05/11/2023

الدار البيضاء. في

Dr. LANAQSI DR SS
138,30 D Réfractaire 500.

16,

2500
2500

2784

PHARMACIE BELLA MADINA
Dr. Rachid MAJBAR
California 104550
98, Bd. Tetouan Casablanca
Tél. : 05 22 52 58 08 - 05 22 52 58 09

Dr. ZIZI MADANI
OTTO-Rhino - Laryngologue
Chirurgie de la Face et du Cou
Bd. Afghanistan N° 105 - Hay Hassani
Casablanca - Tél. : 05 22 90 77 01

11. MEX pelle 26 140,
4, IMEX 20 140, 160,
82,10
11. Linocidex 1fl 21, 19,
22,70x2 0,2

21. Redam 3+1 1fl 1 140,
99,00

21. Oroxyl 300 mg 1 fl 1
79,00

-- 2 fl

160,

T=51b,20

PPV: 138,30 DH
LOT: 65109
PER: 10/24

Au millei

RESPECTER LES DOSES



HUMEX

COMPRIMÉ ET GÉLULE

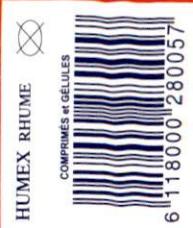
Ce médicament contient un vasoconstricteur.
Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 15 ans.
Ne pas associer à un autre vasoconstricteur (voie orale ou nasale). Ne pas dépasser 4 jours de traitement.
Ne pas dépasser 3 comprimés Jour et 1 gélule Nuit par 24 heures.

Fabriqué sous licence URGO par
Les laboratoires STERIPHARMA
Z.I Lina, N°347 Sidi Maârouf Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable



LOT: 21267 PER: 10/2024
PPV: 23,50 DH

PPV: 23,50 DH
LOT: 22166 PER: 11/24
N° D.RMM: 10 DMP/21
Ce médicament contient un vasoconstricteur (voie orale ou nasale). Ne pas dépasser 4 jours de traitement.
Ne pas dépasser 3 comprimés Jour et 1 gélule Nuit par 24 heures.
Fabriqué sous licence URGO par
Les laboratoires STERIPHARMA
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable



ON. FANTS.
A 100% de
heures de véhicules après
ACTION :
ANCE :
rhumes de
pouche.



100 % vit.

101 220458
1100 06/2025
1100 00,00 DH
Laboratoires Deva Pharmaceutique
JOUADI Pharmacien Responsable

OROXYL®

Promoplus Pharma
PPC = 79,00 DH

22/7/20

22/7/20

5
مختبرات الصيدلية فارما
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

5
مختبرات الصيدلية فارما
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول