

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-835123

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08267 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : A. Boukhari  
 Date de naissance : 06.05.68  
 Adresse : Casablanca  
 Tél. : 0661 273 578 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الكريم شرايبي  
**Dr. CHRAÏBI Abdelkarim**  
 OTORHINOLARYNGOLOGUE  
 319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca  
 Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

Date de consultation : 03 JAN, 2024  
 Nom et prénom du malade : Boukhari, A. Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aff  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 7.7  
 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 : Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03 JAN 2024			300	Dr. CHRAÏBI Abdelkarim OTORHINOLARYNGOLOGUE 319, Rue Mostapha SIMAANI - Casablanca Tel: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HASSAN AZENAR Pharmacie AZENAR 14, rue de la Liberté 20100 Sidi Bel Abbès	03/01/25	258,70

## 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
		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 :

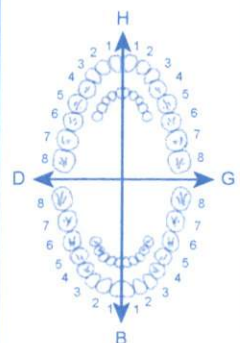
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
						
				</		

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

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. Chraïbi Abdelkarim**

SPECIALISTE EN  
OTORHINOLARYNGOLOGIE  
ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE

Diplômé de la Faculté de  
Médecine de Lyon

Ex. attaché des Hôpitaux de Lyon  
Ex. ORL des Polycliniques de la C.N.S.S

Tél. : C : 05.22.29.44.29 & 05.22.22.46.07  
GSM : 06.61.31.20.30

Sur Rendez-Vous

**الدكتور شرايبي عبدالكريم**

إختصاصي في أمراض وجراحة  
الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج سابقا كلية بمستشفيات ليون  
طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف ع : 05.22.29.44.29 & 05.22.22.46.07  
المتنقل : GSM : 06.61.31.20.30

بالموعد

Casablanca, le : 03 JAN. 2024 في الدار البيضاء،

03 JAN. 2024

صيدلية الزاوية البيضاء  
PHARMACE GREEN TOWN  
Dr. LAMBA AZENNAR  
Casablanca - 319, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca  
Tél : 05 22 29 44 29 / 06 61 31 20 30

Boekhouds 40,00  
20 / Effroned 20,00  
25  
65,00  
Leur max 20  
30,00  
flinton 20  
32,00  
Clarix 20  
131,00  
max 20  
20,00

صيدلية الزاوية البيضاء  
PHARMACE GREEN TOWN  
Dr. LAMBA AZENNAR  
Casablanca - 319, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca  
Tél : 05 22 29 44 29 / 06 61 31 20 30

319، زقة مصطفى المعاني (زاوية زقة أكادير) - الدار البيضاء  
319, Rue Mustapha El Maâni (Angle Rue d'Agadir), Casablanca

PPV 65DH00

LOT 29018 3

EXP 10/2024

**LEVAMOX<sup>®</sup>**

Poudre pour suspension buvable en sachet-dose

**500 mg/62,5 mg 12 SACHETS**

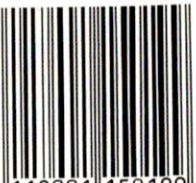
**ibron<sup>®</sup> 0,3%**  
Ambroxol

30,60



**Nasonex®**

50 microgrammes/dose  
suspension pour  
pulvérisation nasale



6 118001 150199 >

*NASONEX 50 µg/dose*  
*Suspension pour pulvérisation nasale*  
*Flacon de 120 doses*  
*P.P.V: 131,70 DH*  
*Distribué par MSD Maroc*

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

Lire la notice avant utilisation.

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



C

LOT : 3856  
PER : 04 - 26  
P.P.V : 32 DH 00

ec<sup>®</sup>

Loratadine

10 mg

15 comprimés

Médicament Antiallergique

