

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

A 92351

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **13246**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **IBARRITANE EL MUSTAFA**

Date de naissance : **28/10/1989**

Adresse : **C22 Layali 02 Berechid**

Tél. : **0668123777**

Total des frais engagés : **1 000,60**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdelhakin BOUABID

Spécialiste O.R.L

Chirurgie Cervico Faciale

Tél : 05 22 32 64 60

Date de consultation : **28/01/2024**

Nom et prénom du malade : **Ibarritane Ines** Age : **4ans**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **obstruction**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : **26/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) :



8

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
02/11/2024			300 DM	Chirurgie Crano Facial Tél : 05 22 32 64 60
23/11/2024	Nasofibroscopie	400 DM	12/15	Dt. Abdellah BOUABID Praticien

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAYALI alia 8P. R CHABBOUBA Docteur Dr ^{Dr} PHARMacie LAYALI 2 AV 88 Berrechid TEL 05-22-3242-30	02-01 2024	Tél : 05 22 22 64 60 300,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE LAYAL Docteur SHARBOUE LAYS Pharmacie TEL. 05.22.32.42.30			

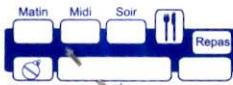
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

NEOPRED®
Prednisolone 20mg

Indications - Contre-indications - Posologie -
Mode d'emploi : lire notice intérieure.
الإرشادات - معايير الاستعمال - الدosage -
طريقة الاستعمال إلأي اطلب عليه
 Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

AMM N° : 280R1/19DMP/21/NNP

NEOPRED®
Prednisolone 20mg
affaires PPV : 37.40 DH
Référence 6 1 1 8 0 0 0 1 9 1 9 1 9



dr elhakim RZ
دكتور بو عبد العكيم

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف والاذن
و الحنجرة و الوجه و العين
اختبارات الدوخة و ظائف السمع
الفحص بالمنظار و المجهر

INPE : 061126140

rechid le : 2. 1. 2024

I BARRITANZ INES

106,50
+ 200 mg
telas

200 mg
15.000
200 mg
15.000



37,140 Neopred

200 mg
15.000
200 mg
15.000



25,100 Alverus

15.000
15.000
15.000

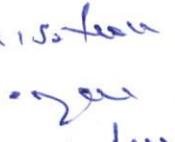


131,70 Alssoneix



1 perteauissem 1g

300,60 (dues, échange en 100g
100g)



PHARMACIE LAYALI

Lalla Sana CHABDOUBA

Docteur en Pharmacie

Lot. LAYALI 2 N° 99 Beret

Q 332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage

Appt 2 - Berrechid ☎ 0522 32 64 60

ICE: 001866801000095 - IF : 14445762

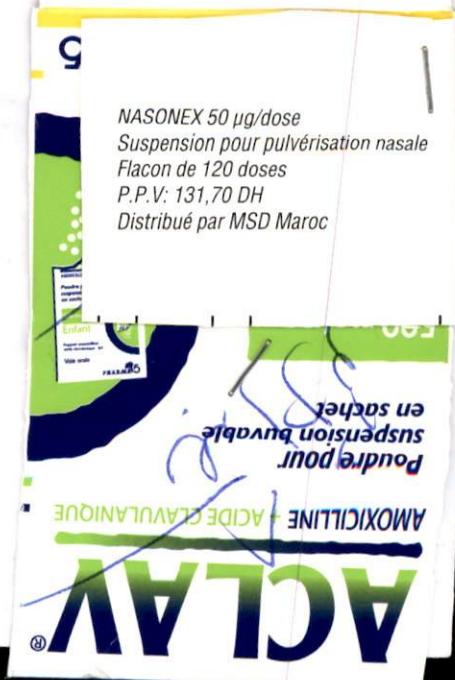
٩ 332 تجزئة نصر الله إقامة محمد
الطابة الأولى رقم 2 - برشيد

de 60 ml

LOT : 9438
UT. AV : 06 - 25
P.P.V : 25 DH 00

LOT: 4989
PER: 06/25
PPV: 106DH50

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



Docteur

BOUABID Abdelhakim



الدكتور

بوعبید عبد الحكيم

Spécialiste en ORL et Chirurgie

اختصاصي في أمراض محدقة الأنف والحنف

CERVICO - FACIALE

و الخدمة و الوجه و العنق

Exploration Endoscopique

اختبارات الدوخة و ظائف السمع

Exploration Vertige et Surdité

الفحص بالمنظار و العجهر

INPE : 061126140

Berrechid le :

23/01/2024

Facture N° : 4813/2024

Nom et Prénom :

Enfant IBARRITANE INES

Nasofibroscopie

400

****total général**

400

Arrêté la présente facture à : QUATRE CENT DH.



332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage

٣٣٢ تجزية نصر الله إقامة محمد

Appt 2 - Berrechid 0522 32 64 60

الطابق الأول رقم ٢ - برشيد

ICE: 001866801000095 - IF :14445762

Docteur
BOUABID Abdelhakim
Spécialiste en ORL et Chirurgie
CERVICO - FACIALE
Exploration Endoscopique
Exploration Vertige et Surdité



الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف والأذن
و الحجرة و الوجه و العنق
اختبارات الدوخة و و ظائف السمع
الفحص بالمنظار و المجهر

Berrechid le : 23-1-2024

Nom et Prénom : IBARRATANE INES

Age :

Indication : obstruction nasale

COMPTE RENDU DE NASO - FIBRO - LARYNGOSCOPIE

Examen réalisé à la fibroscopie souple, avant et après application du vasoconstricteur local montre les particularités suivantes :

Cavités nasales :

nez en éversion, naseau très

Cavum :

Aspects de vegetations telangiectasies

Pharyngolaryngoscopie :

Conclusion :

Dr. Abdelhakin BOUABID
Spécialiste O.R.L
Chirurgie Cervico Faciale
Tél : 05 22 32 64 60