

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

W21-834969

1 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 : 28/08/1989

Adresse : C22 Layali 02 Berrechid

Tél. : 0668123277

Total des frais engagés : 1000,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Abdelhakim BOUABID

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02/01/2024

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

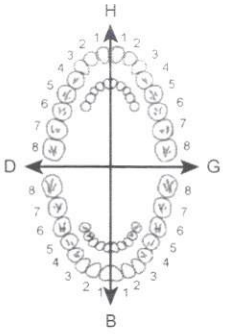
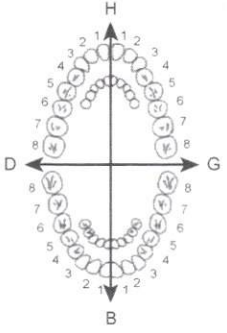
Signature de l'adhérent(e) :

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
02/01/2024			300 DM	
23/01/2024	Mandibulaire	400 DM		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02-01-2024	300,60

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

NEOPRED[®]
Prednisolone 20mg

Indications - Contre-indications - Posologie -
Mode d'emploi : lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - الجرعات -
كيفية الاستعمال : اقرأ النسخة داخل

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

AMM N° : 280R1/19DMP/21/NNP

NEOPRED[®]

Prednisolone 20mg

30 comprimés PPV : 37,40 DH

6 118000 191919

Matin	Midi	Soir	Repos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Boîte

INPE : 061126140

reçhid le : 2.1.2024

IBARRITANZ INES

106,50
+ 106,50 = 213,00

37,40

25,100

131,70

300,60

1 prescription 1g
(dus, elongue, moving, lues)

PHARMACIE LAYALI
Lalla Sana CHABBOUBA
Docteur en Pharmacie
Lot. LAYALI 2 N° 99 Berrechid

332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage
Appt 2 - Berrechid 0522 32 94 60
ICE: 001866801000095 - IF: 14445762

الدكتور
بوعبيد عبد الحكيم

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن
و الحنجرة و الوجه و العنق
إختبارات الدوخة و وظائف السمع
الفحص بالمنظار و المعجهر

332 تجزئة نصر الله إقامة محمد
الطابق الأول 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

5
NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131,70 DH
Distribué par MSD Maroc

AMOXICILINE + ACIDE CLAVULANIQUE

ACLAY
Poudre pour
suspension buvable
en sachet

Docteur

BOUABID Abdelhakim



الدكتور

بوعبيد عبد الحكيم

Spécialiste en ORL et Chirurgie

CERVICO - FACIALE

Exploration Endoscopique

Exploration Vertige et Surdité

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف والأذن

والحنجرة والوجه والعنق

إختبارات الدوخة و وظائف السمع

الفحص بالمنظار و المجهر

INPE : 061126140

Berrechid le :

23/01/2024

Facture N  : 4813/2024

Nom et Prénom :

Enfant IBARRITANE INES

Nasofibroskopie	400
**total général	400

Arrêté la présente facture à : QUATRE CENT DH.



332, Lot Nasr Allah Rés. Mohamed 1er Etage

Appt 2 - Berrechid   0522 32 64 60

ICE: 001866801000095 - IF :14445762

332 تجزئة نصر الله إقامة محمد

الطابق الأول رقم 2 - برشيد

Docteur

BOUABID Abdelhakim



الدكتور

بوعبيد عبد الحكيم

Spécialiste en ORL et Chirurgie

CERVICO - FACIALE

Exploration Endoscopique

Exploration Vertige et Surdité

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف و الأذن

و الحنجرة و الوجه و العنق

إختبارات الدوخة و وظائف 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 :

Augmentation de l'hyperplasie muqueuse

Cavum :

Aspect de végétation ad  noide

Pharyngolaryngoscopie :

Conclusion :

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