

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° M21- 0018809

*En cours  
5296*

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 7967 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : BENTAHILA SAAS  
 Date de naissance : 10/07/1959  
 Adresse : Cot la coline I N°24 CASR  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : 329 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint       Enfant  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : CASR      Le : 02/02/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

**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.

**Diagnostique 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.

**Prothésaire :**

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**

Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

## 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 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 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 : Siège social : 444 Avenue Hassan II - BORDJ (Algérie) - Tél : 05 22 34 18 18 - Fax : 05 22 32 78 10 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

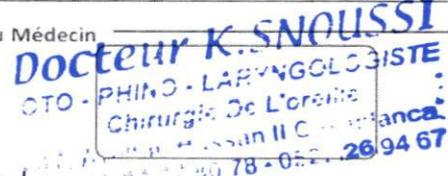
N° ~~W19-576389~~

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre  
 Nom & Prénom : BENTAHILA SAAD  
 Date de naissance : 10/07/1959  
 Adresse : Cot la colline I n° 24 Cas  
 Tél. : 0666872659      Total des frais engagés : 329,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 07/10/2020  
 Nom et prénom du malade : G. Razi Snoussi Nacha EA Age : .....  
 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 : Cas      Le : 6/10/20  
 Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-576389  
 Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
 Matricule : 7767  
 Nom de l'adhérent(e) : NADIA  
 Total des frais engagés : 329  
 Date de dépôt : 3/29  
 Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Docteur K.G. SNOUSSI

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Toulouse



07/12/2020

الدكتور خالد غازي سنوسي

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن، الأنف و الحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

ملحق سابقا بمتشفيات تولوز

Madame GHAZI SNOUSSI EP BENTAHILA

Nadia

1) AZIX 500

79,7 1 comprimé le midi 3 jours

2) DOLIPRANE 1 g

14,00 1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

3) ENROUEX sirop

59,50 1 cuillère à soupe 2 fois par jours pendant 8 jours

4) OEDES 20 mg ( boîte de 7j)

99,00 1 gellule le soir 7 jours

5) POLYDEXA - auriculaire

21,80 5 gouttes matin et soir pendant 7 jours

6) OROPROPOLIS

55,10 4 à 5 pulvérisations par jour dans la gorge 6 jours

PHARMACIE DE LA COLLINE

Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Maarouf)

Casablanca - Tél.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53

whatsapp : 06 62 12 30 18

RC : 266958 - Pat : 36103109 - IF : 50731792 - CNES : 6053499

ICE : 000483820000044 - Email : peracetamu12011@hotmail.fr

Docteur K.G. SNOUSSI  
Oto-Rhino-Laryngologiste  
Chirurgie de l'Oreille  
47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca  
Tel: 05 22 27.80.78 - 0522.26.94.67

LOT: 2930820  
PER: 08/2023  
PPC: 55.10 DHS  
OROPROPOL

RDV, le :

05.22.22.08.76 : الفاكس - 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67 : الهاتف - 47 محج الحسن الثاني الدار البيضاء - الهاتف:

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67 - Fax. : 05.22.22.08.76

E-mail : k.g.snoussi@gmail.com

# ENROUEX®

## **Propriétés**

ENROUEX est un sirop composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour la gorge et les voies respiratoires.

## **Conseil d'utilisation**

**Agiter avant utilisation.**

Adulte et enfant à partir de 5 ans :  
1 à 2 cuillerées à café 3 fois par jour.

## **Durée d'utilisation**

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

LOT 051129/FC8  
03/2022 PPC 59.50

LOT 191336  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

**OEDDES**<sup>®</sup>  
oméprazole

Microgranules gastro-résistants

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>



**AZIX<sup>®</sup>**  
Azithromycine

**500 mg**

Voie orale

PPV: 79DH70

PER: 05/23

LOT: J1502



**b**

82.4  
S

# Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULT  
10 Comprims

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ahn Sebala - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**b**

PPV: 14DH00

PER: 09/22

LOT: I2015

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

SOLUTION  
AURICULAIRE  
GOUTTES

**POLYDEXA<sup>®</sup>**

**Ne pas avaler**



21,80