

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

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-656500

par courrier

| | | | |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 04650 | | Société : R.A.M. | |
| <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | | <input type="checkbox"/> Autre : KARIMA | |
| Nom & Prénom : BELKHIR | | | |
| Date de naissance : 03/06/53 | | | |
| Adresse : 422 Aissa F. B. MARRAKECH | | | |
| Tél. : 06 16 99 90 35 | | Total des frais engagés : 575,80 - Dhs | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

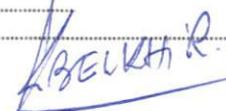
| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <div style="text-align: center;">  BELKHIR KARIMA </div> | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 29/05/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : BELKHIR KARIMA Age : 68ans | | | |
| <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Lien de parenté : | | | |
| Nature de la maladie : Affection oreil | | | |
| 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 : MARRAKECH

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



| | |
|---|--------------------------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | |
| N° W21-656500 | |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |
| Matricule : 04650 | Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR |
| Total des frais engagés : 575,80 | Date de dépôt : |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOINS DENTAIRES | | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Dents Traitées | | Nature des Soins | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ODF PROTHÉSES DENTAIRES | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | | | 00000000 | 00000000 | 11433553 | 35533411 | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur DBAB LAMIA

Spécialiste ORL



- Oto-Rhino-Laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- Chirurgie de la thyroïde
- Chirurgie des amygdales
- Allergie-vertige-ronflement
- Ancienne Interne de l'hôpital Militaire de Marrakech
- Ancienne Résidente du CHU Mohammed VI Marrakech

الدكتورة الباب لعياء

اختصاصي أذن أنف حنجرة

- أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة وجراحة العنق والوجه
- أمراض وجراحة الغدة الدرقية
- جراحة اللوزتين
- الحساسية - الدوحة والشخير
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

Marrakech, le : 29/09/2021 مراكش, في :

Rm^e Karima Belkhir

alh, 03
PHARMACIE BENNOUHA
Dr. LEBHAR Raja
N° 283 Lottissement Belbakkar 2,
Marrakech - Tel : 05 24 30 25 82

Entoflex 50 → 5 ₣
Jcp x 2. pdt 08.
42

Dudaxol 500 → 5 ₣
Jcp x 3. pdt 08.
42

newflax gel chauffant
Jcp x 1. pdt 08.
42

88emag 300 → 5 ₣
Jcp x 1. pdt 08.
42

37,00
+ 2
79,80
31
98,00
97,58
211

Dr. LEBHAR Raja
N° 283 Lottissement Belbakkar 2,
Marrakech - Tel : 05 24 30 25 82

Docteur DBAB LAMIA
Spécialiste en Oto-Rhino
Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
N° 22, 2^{me} étage, Immeuble Business affaires anouar Avenue Allal el Fassi en face Mosquée Al Anouar
(avec ascenseur) E-mail : lamiadbaborl@gmail.com GSM : 06 77 35 96 27 / Tél : 05 24 30 31 46

22 الطابق الثاني مركز الأعمال الأذن الأنف حنجرة أمام مسجد الأنوار (المصعد) شارع علال الفاسي مراكش

N° 22, 2^{me} étage, Immeuble Business affaires anouar Avenue Allal el Fassi en face Mosquée Al Anouar
(avec ascenseur) E-mail : lamiadbaborl@gmail.com GSM : 06 77 35 96 27 / Tél : 05 24 30 31 46

Stremag

Magnésium
300mg

*N
de Sain*

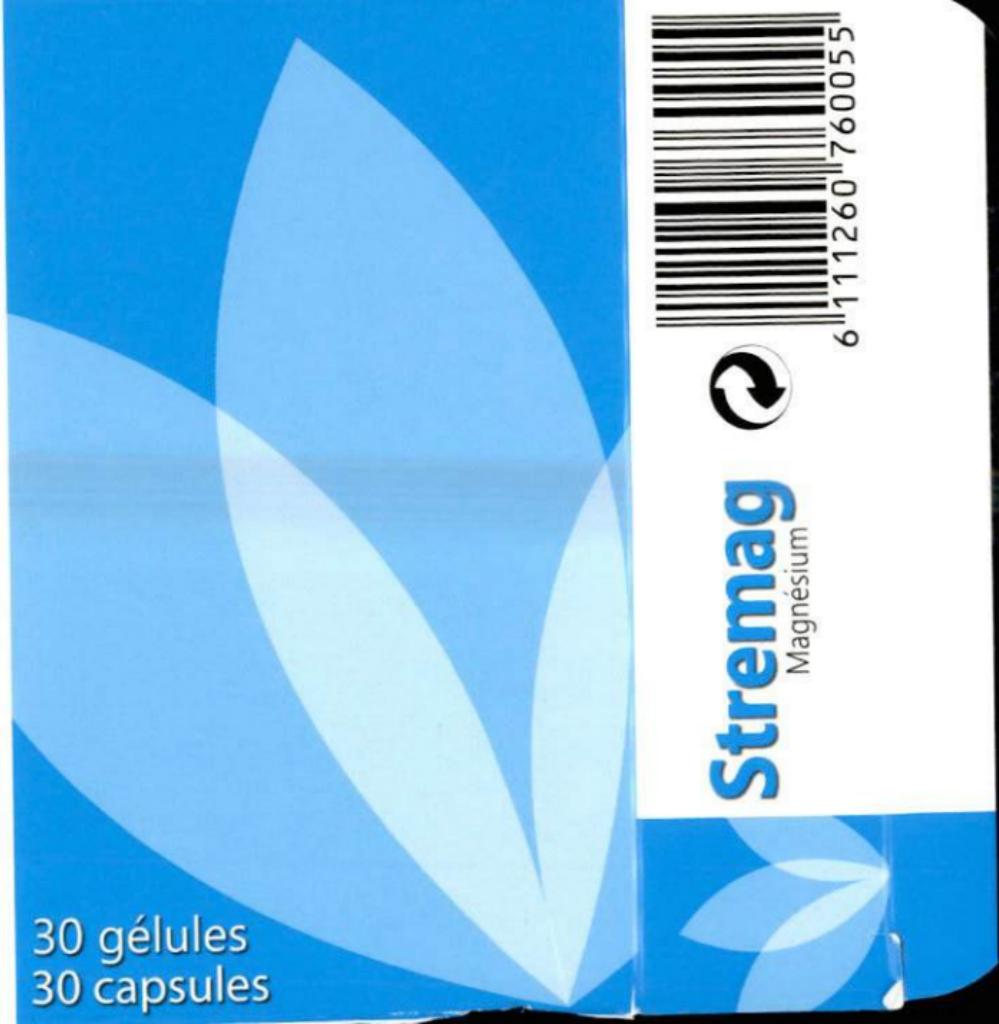
Voie Orale

1 Gélule par Jour

Complexe Relaxant

Poids Net : 21 g

30 gélules
30 capsules



WARMING RELAXATION GEL

With natural, relaxing, essential
plant oils. With practical roller for
application, without hand
contact. Contains no
parabens.



newflex
LOOSENS & RELAXES

New Care AG, CH-4452 Itingen
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 München / Germany

7 640

ISOPHARM
NEWFLEX GEL
CHAUFFANT
79.80 DH



01/24

LOT

02/20

MFD

LOT : M21 041
EXP : JAN 2024
PPV : 24.00 DH4

Cataflam® 50 mg

Diclofénac de potassium

Anti-inflammatoire, Analgésique

Voie orale

10 Dragées à 50 mg

Boîte de 20 comprimés

Paracétamol / Thiocolchicoside
500mg / 2mg
Voie orale

Paracétamol / Thiocolchicoside



POLYMÉDIC

DUOXOL 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

37,8

Boîte de 20 comprimés

Paracétamol / Thiocolchicoside
500mg / 2mg
Voie orale

Paracétamol / Thiocolchicoside



POLYMÉDIC

DUOXOL 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

37,8

DOCTEUR DBAB LAMIA

Spécialiste ORL



- Oto-Rhino-Laryngologie et chirurgie cervico - faciale
- Chirurgie de la thyroïde
- Chirurgie des amygdales
- Allergie-vertige-ronflement
- Ancienne Interne de l'hôpital Militaire de Marrakech
- Ancienne Résidente du CHU Mohammed VI Marrakech

الدكتورة الدباب لعيا

إختصاصية أذن أنف حنجرة

- أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة
- وجراحة العنق والوجه
- أمراض وجراحة الغدة الدرقية
- جراحة اللوزتين
- الحساسية - الدوحة والشخير
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

Marrakech Le : 29.09.2011 مراكش في

Facture

ICE 000043279000023

Je soussigné avoir vu M^{me} Belkhir Karima

Qui a bénéficié : Mbt & Ghina

Pour, la (les) quelle (s) il a payé : 300,00 dhs

Arrêté la présente facture à la somme de trente dhs

Dinars



- أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
- وجراحة العين والوجه
- أمراض وجراحة الغدة الدرقية
- جراحة اللوزتين
- الحساسية - الدوخة والشخير
- طببية سابقة بالمستشفى العسكري
- ابن سينا بمراكمش
- طببية سابقة بالمستشفى الجامعي
- محمد السادس بمراكمش

Marrakech Le : ٢٩١٥٩٤٢٥٢٩ مراكش فنادق

مراحیں قیمی

Compte rendu de Rhinocavoscopie

Signes cliniques :

Italopie G He

- Nez : 1/ Vestibule narinaire : *vinomai*

2/ Cloison : *En place*

3/ Cornets 1

4/ Méats :

5/ Choanes :

- Cavum