

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-718700

126164



| | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 12573 | | | |
| Société : RAM | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : AIT OUDDAHI MOHAMED FAICEL | | | |
| Date de naissance : 04/10/31/1985 | | | |
| Adresse : Avenue Ahmed Ben Bella Résidence Fatima 6 ^e étg Apt 30 Bouygues CASA | | | |
| Tél. : 0514868332 | Total des frais engagés : 673,10 Dhs | | |
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : Dr. Ait Oudhadi ANDALOUSSI Spécialiste en Oto-Néuro-ORL et Chirurgie Cervico-Faciale 10, Rue Abu El Hassan Ali, Casablanca, Maroc Tel. 0522 20 45 45 (LG) | | | |
| Date de consultation : 21/06/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : Squaphi Houssaini Ghizlane Age : | | | |
| <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Aggravation 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 : CASA

Date : 21/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21-6-22 | S | Sp 300,00 | | INP : <i>PPV: 116DH00 PER: 01-25 LOT: L 095</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

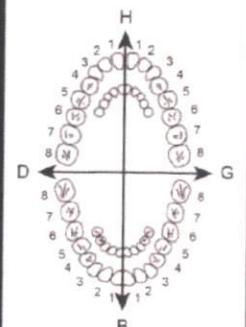
| Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>Majdouline BENMOUSA 13, Rue Tarabous (Ex. Lamorcière) Tél: 022 27 94 56-CASA Pat: 34203201 ARMERIE LAMORCIER</i> | 21/06/22 | 373,10 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

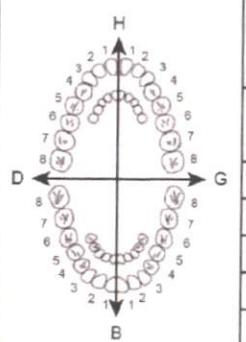
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



Formule :
 Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfofénzoate sodique)
 Excipients 1 comprimé effervescent sécable
 Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfofénzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications contre indications, excipients à effet notable : voir notice

PPV: 48DH50
PER: 12/24
LOT: K3426

| | |
|-------------------------|----------|
| HORAIRES | |
| Indiquant la nature | |
| N° du Lot | L 210 |
| Date Per. | 21/06/22 |
| INP : | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Adiba

BENHADDOU ANDALOUSSI



أديبة

بنحدو أندلسي

- Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico Faciale
- Allergologie-Vertige-Ronflement
- Spécialiste de Pathologie Respiratoire du Sommeil
- Membre de la Société Française d'ORL
- Ancien Interne de CHU Ibn Rochd
- Ancien Résidant à l'Hôpital 20 Août
- Ancien ORL à l'hôpital Sidi Othmane Casablanca
- Ancien Chef de Service à l'Hôpital Moulay Youssef

- أخصائية في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الوجه والعنق
- أخصائية في الأمراض التنفسية للنوم
- أمراض الحساسية والدوخة والشخير
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى ابن رشد
- طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة أخصائية سابقا بمستشفى سيدى عثمان
- رئيسة مصلحة سابقا بمستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le **21/06/2022** الدارالبيضاء، في

Mme SQUALLI HOUSSAINI GHIZLANE

116.00

ZAMOX SACHET 1000 MG BOITE DE 16

S.V

1 SACHET 2FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS

485

COTIPRED COMPRIME EFFERVESCENT 20 MG BOITE DE 20

S.V

3 CP LE MATIN PDT 6 JOURS

895

APIXOL

2 Pul 4xjours pendant 10jours



RISONEL SPRAY NASAL 0,05% FLACON DE 140 DOSES

119.10

2 pluverisations par jours dans chaque narine pendant mois

LOT 220007
2025/02
PPC : 89,50 DH

373.10

Majdouline BENMOUSSA ANDALOUSSI
Dr. Adiba BENHADDOU
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico Faciale
Résidence Jassim
Casablanca - Tel. 022 26 10 52

PHARMACIE LAMORICIER
Majdouline BENMOUSSA
Dr. Adiba BENHADDOU
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico Faciale
Résidence Jassim
Casablanca - Tel. 022 26 10 52

09203953

10. زنقة أبوالوقت - إقامة جاسم محمد 2 - الطابق الثاني - رقم 27 - بورگون - الدارالبيضاء

10, Rue Aboulwaqt - Résidence Jassim Mohamed 2 - 2^{ème} Etage - N° 27 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني : 05 22 26 10 52 - الهاتف : adibaben.andaloussi@gmail.com