

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

- Reclamation : 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° W19-568445

Par courrier

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **678**

Matricule : **678** Société : **P.A.M**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **Mamri Zoubida**

Date de naissance : **22/08/1945**

Adresse : **27 Rue Ibn Bouabene Apt 4 AGDAL - Rabat Résidence ALKASBAH**

Tél. : **0661 223402** Total des frais engagés : **273,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMR ELISABETH
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
32, Rue Abou Derr. Agdal - Rabat
Tél. : 0537 67 16 12 GSM : 0655 64 15

Date de consultation : **30/01/2023**

Nom et prénom du malade : **Mamri Zoubida** Age : **1945**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection de l'oreille**

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 : **Rabat** Le : **30/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
30/01/88	S (12)	60/100	60/100	INP: 1011744885


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MICHILLEN	31/1/23	27320

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

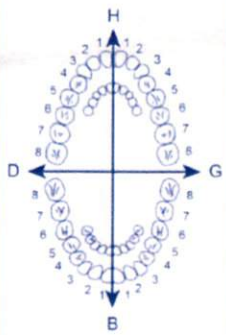
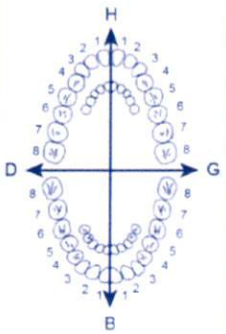
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind TEMSAMANI

Spécialiste en otorhinolaryngologie et chirurgie
cervicofaciale

Praticienne des Hôpitaux des Armées Françaises.

Médecin Commandant (ER) Forces Armées Royales.

Ex-médecin de l'Hôpital Militaire Med V

Diplômée en médecine aéronautique (PERCY)

Explorations fonctionnelles en ORL : vertiges et troubles de
l'équilibre, vidéo-nystagmographie, troubles de l'audition,
troubles et tests de déglutition, vidéo-endoscopie

د هند التمساني

أخصائية أمراض الأنف والأذن والحنجرة وجراحة الوجه والعنق

خريجة المستشفيات العسكرية الفرنسية (فال كراسدو)

طبيبة من رتبة رائد سابقا في القوات المسلحة الملكية

طبيبة سابقا في المستشفى العسكري الدراسي محمد الخامس

خبيرة في طب الطيران (مستشفى بيرسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف والأذن والحنجرة: الدوخة و

اضطرابات التوازن, تقييم الدوخة عن طريق تسجيل حركة العين

ضعف السمع, اضطرابات البلع, التنظير الطبي

Rabat le : 30/01/2023

Mme MAMRI ZOUBIDA

KOGAST

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir pendant 1 mois

REFLUXAID

1 Cuillère à soupe le matin, 1 Cuillère à soupe le soir pendant 1 mois

RUMEX COLLUTOIRE

1 Application le matin, 1 Application le midi, 1 Application le soir pendant 1 semaine , puis au besoin

OTOSAN AURICULAIRE

2 Gouttes 1 fois par semaine pendant 3 mois

PHARMACIE MICHILFEN

2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87

Dr. Hind TEMSAMANI
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale

32, rue Abou Derr, Agdal - Rabat
Tél : 0537 67 16 13 GSM : 0659 64 15 70

101174498



REFLUXAID®

Sirop anti-reflux



LOT



LOT 2220802
EXP 2025/07
PFC 70 DHS

KOGAST®

BIOCOMPLEX HAUTEMENT ACTIF

COMPOSITION PAR COMPRIMÉ :

Soja bio-fermenté par *Lactobacillus delbrueckii* 500 mg
Cellulose microcristalline, D-Mannitol, Croscarmellose sodium, Colloidal silicon dioxide, Stéarate de magnésium.

CONSEILS D'UTILISATION : Voir notice

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Tenir hors de la portée des enfants. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié. Conserver dans un endroit sec à l'abri de la lumière et d'humidité.

A consommer de
préférence avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

118,20 DH
Lot : F2207507
Per : 05-2025

COMPLÉMENT ALIMENTAIRE, CE N'EST PAS UN MÉDICAMENT

N°ONSSA : CAPV.7.270.19

N° d'enregistrement : 20212106352/V1/DMP/CA/18

ISIO
LABORATOIRES

Fabriqué par ISIO LABORATOIRES, Zone Industrielle
Dar Bouazza lot n°104 - 20220 - Casablanca - Maroc
Distribué par ESNAPHARM, 7 rue abdelmajid benjelloun
Maarif extension- Casablanca - Maroc

Pharmacie MICHLIFEN

LARAQUI FADILA

0537672687

2 AVENUE MICHLIFEN AGDAL , RABAT



Facture N° 20230201-307

Date de vente : 30/01/2023

Médecin traitant :

Mme MAMRI ZOUBIDA

Maroc

PHARMACIE MICHLIFEN

2, Av, Michlifen, Agdal - Rabat

Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
KOGAST B30 COMP	1	118,20	TVA (20.00%)	118,20
REFLUXAID SI 250ML SIROP	1	70,00	TVA (20.00%)	70,00
OTOSAN GOUTTES AURICULAIRES NATURELLE	1	85,60	TVA (20.00%)	85,60



Total HT 228,17 DHS

TVA 45,63 DHS

Total 273,80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : deux cent soixante-treize DHS
et quatre-vingts centimes

PHARMACIE MICHLIFEN

2, Av, Michlifen, Agdal - Rabat

Tél : 0537 67 53 54 / 05 37 67 26 87

ICE : 001663000000009 -- INPE: 102042561

Tel : 0537672687

Adresse : 2 AVENUE MICHLIFEN AGDAL , RABAT