

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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  
NDGB

### Maladie

Dentaire       Optique

Autres

Matricule : 678 Société : P.A.m

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : mmamri zoubida

Date de naissance : 22/08/1975

Adresse : 27 Rue JBR Bouriblane APH/L AGDAL -

Rabat - Résidence SAKSABATH

Tél. : 0661 223402 Total des frais engagés : 272,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/2013

Nom et prénom du malade : mmamri zoubida Age : 1946

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.

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 : 30/01/2013

Signature de l'adhérent(e) : JM

#### **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
30/05/2013	CG (es)	Gratuit	DP : 1011AWE00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MICHLIFE P 172042567	31/12/83	27386

#### **ANALYSES - RADIOPHOTOS**

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	
Elsie	20					

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE 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 والحنجرة و جراحة 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 بيروسي)

الكشف الوظيفي في طب الأنف 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**

~~X~~ **KOGAST**

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

~~X~~ **REFLUXAID**

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

~~X~~ **RUMEX COLLUTOIRE**

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

~~X~~ **OTOSAN AURICULAIRE**

2 Gouttes 1 fois par semaine pendant 3 mois

**PHARMACIE MICHLIFEN**

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  
Rue Abou Derr, Agdal - Rabat  
Tél. : 0537 67 16 13 GSM : 0659 64 15

101174498

32, rue Abou Derr - Agdal - Rabat

Tél : 05 37 67 16 13 / 06 59 64 15 70



# REFLUXAID®

## Sirop anti-reflux

 PROMOPLUS  
PHARMA

LOT



LOT 2220802  
EXP 2025/07  
PPC 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 °104 - 20220 - Casablanca - Maroc  
Distribué par ESNAPHARM, 7 rue abdelmajid benjelloun  
Maarif extension Casablanca - Maroc

Pharmacie MICHLIFEN

LARAQUI FADILA

0537672687

2 AVENUE MICH'LIFEN AGDAL , RABAT

Facture N° 20230201-307

Date de vente : 30/01/2023

Médecin traitant :

Mme MAMRI ZOUBIDA

Maroc

PHARMACIE MICHINEN

*Av. Michlifen, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 53 54 / 0537 67 26 81*

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

**PHARMACIE MICHILEEN**  
2, Av. Michileen, Agdal - Rabat  
Tél : 0537 67 53 54 / 0537 67 20 87