

## 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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>Y4U1</u>	Société : <u>R.A.M</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>GUELMIM GHIZLANE</u>		
Date de naissance : <u>15-06-1966</u>		
Adresse : <u>24, Rue NISRIWEN n°8 Jers. Sallou</u>		
Tél. : <u>0661198734</u>	Total des frais engagés :	<u># 472,90</u> DHS

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>13 JUIN 2023</u>		
Nom et prénom du malade : <u>GUELMIM GHIZLANE</u> Age: <u>57ans</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <u>épile</u>		
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 : casablanca Le : 13 JUIN 2023

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
13 JUIN 2023			2000 HT	INP : M. MOUSSA MELAH AL MINT S. Chirurgie Cervico Faciale INPE:061290250

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03	22232

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	$  \begin{array}{r}  H \quad 25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D \quad 00000000 \quad 00000000 \\  \quad 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Traitement maladies Oreille, Nez et Gorge
- Chirurgie Cervicale et de la Face
- Traitement des Vertiges
- Troubles de l'Odorat, Dégustation et Surdité
- Traitement de l'Allergie et Ronflements

د. محمد أمين منوني

- ◀ أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة
- ◀ جراحة الوجه والعنق
- ◀ تشخيص و علاج المدوخة
- ◀ إضطراب الشم والتذوق والسمع
- ◀ علاج الحساسية والشخير

Casablanca, le..... 13/06/23

Guéguin Chaylne

1- Bractell 100  
 3cp x 21, pelt 51

2- Anzmed 20 g  
 3cp/Unit pelt 51

3- T2 bimex 100 mg  
 2pct x 21, pelt 11 j

4- ledR  
 1cp x 31, pelt

**PHARMACIE MERSULTA**  
 218, Avenue Mers Sultan  
 Casablanca -  
 Tel: 05 22 22 25 44 / 05 22 22 86 95

Dr. MENNOUNI Mohamed Amine  
 ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
 INPE: 061290250

548 شارع 2 مارس تقاطع شارع موديبوكيتا، شقة 6 إقامة السنة ( أمام مسجد السنة ) - الدار البيضاء  
 548, Av 2Mars Angle Bd MODIBO Keita, Appt 6 Résidence Sonna ( en face mosquée Sonna ) CASABLANCA

Tél : 05 20 800 508 - 06 19 81 66 66

Bactall® 500 mg

10 Comprimés  
pelliculés sécables



LOT : 5115  
PER : 12/25  
PPV : 57,90 DH

ول

سيبرولوكساسين 500 ملغ

2UW850  
11/2022  
11/2025

N° Lot :  
Fab. :  
Per. :

PPV: 102,10 DHs

أقراص ملبة  
قابلة للكسر



10

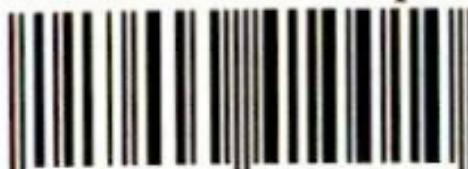
20 ملغ

دوبيك

Anapred 20 mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

LOT : M0970

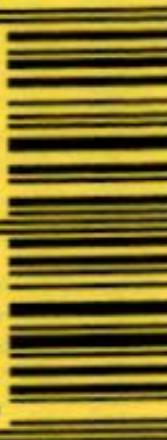
PER : 02/2025

PPU : 40,90 DH



سنتمدريك

6 118000 180913



22,00

Cédol®  
20 Comprimés

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. وأجدي صيدلي مسؤول

146-147 - المطعة الصناعية - بطنطل - الدار البيضاء.