

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5435 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : CHÉTOVANY Jolennmed

Nom & Prénom : CHÉTOVANY Jolennmed

Date de naissance : 03-03-1951

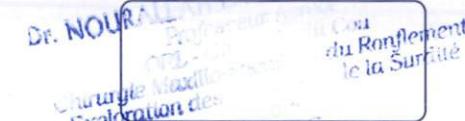
Adresse : 59, Rue Bourguiba Paris 10ème

Co. 8e

Tél. : 06 61 41 21 49 Total des frais engagés : 573.30.29 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/10/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Effectuel

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : OCT. 2023

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 : Le : / /

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
10.10.23	C3	1	300 p.	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE</b> <b>UNIVERSELLE CASA SARL AU</b> 398, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 0522.25.31.42	10/12/2023	273,33

## **ANALYSES - RADIographies**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز بئر أنزاران لأمراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقديم الدوار والصمك

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injections et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie



الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

أستاذ مبرز

أمراض الأنف والأذن والحنجرة والشخير

تجميل الوجه و جراحة الوجه والفك

تقديم الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 10/10/2023

PARANTAL® 1g

PPV 14DH60  
EXP 01/2025  
LOT 1N041 5

M. CHETOUANY Mohammed

116.40

**Floxam 500 mg (Boite De 24)**

Une gélule matin ,midi et soir pendant 8 jours

(S.V.)

(S.V.)

14.60

**Parantal 1000**

1 comprimé jusqu'a 3 fois à la demande

(S.V.)

73.80

**IXOR 20 mg**

1 cp par jour pdt 14.

PHARMACIE  
UNIVERSELLE CASA SARL AU  
398, Bd Brahim R...  
Casablanca  
Tél: 0522.25.3

40.00

**Molgam 200**

1 comprimé 3 fois par jour (aux repas). 5 jours

(S.V.)

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents  
PPV 73DH80  
EXP 04/2025  
LOT 33013 3

28.50

**Otofa gouttes auriculaires**

4 gouttes 3 fois par jour dans l'oreille  
gauche pendant 4 jours

(S.V.)

273.30

119، شارع بئر أنزاران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء 20330

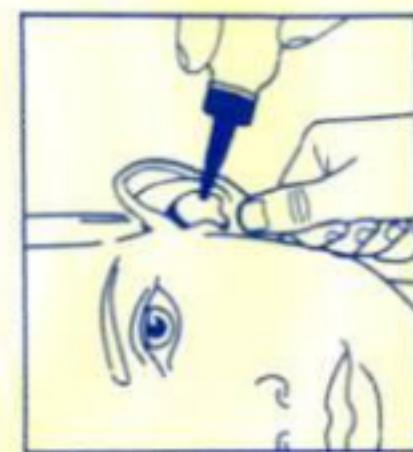
119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - ☎ : 05 22 25.72.72

E-mail : laraquizineelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874

# ®, أوبتيفاكس

فينازون، كلوريدرات الليدوكتين

محلول  
تطهير أذني



16 غرام قارورة  
بالقطارة



Lot. 3738

Per.: 03 2026

BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

# Molgam®

ACIDE TIAPROFENIQUE

200 mg

20 comprimés

Anti-inflammatoire

LOT : 5595  
PER : 07 - 26  
P.P.V : 40 DH 00

**Molgam® 200mg**  
ACIDE TIAPROFENIQUE

20 comprimés

Dim 68-22-95

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

الطب البحريني

الشركة المصنعة

عدد 24



٥٠٠ مل

فلوكسازيلين

فلاكسام®

®

PPV 116DH40

LOT 32013 4

EXP 06/2025

**FLOXAM®**

Flucloxacilline

**500 mg**

**24 gélules**

**Voie orale**