

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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° W21-808949

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

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 8898 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : KARIM

Nom & Prénom : BEN CHEHROUN

Date de naissance : 12.09.23

Adresse : Hab. 12.09.23

Tél. : 0722 12 12 20 Total des frais engagés : 1085,40 Dhs

**Cadre réservé au Médecin** Dr. B. BENCHIKHI

Cachet du médecin : Spécialité : ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
415 Bd Ibn el Khine Res Mawada  
ESC (A) T.I : 0522 62 81 65  
Urgences : 0611 39 01 69

Date de consultation : 12.09.23

Nom et prénom du malade : BEN CHEHROUN Age : 12

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 NOV 2023

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 : 09.11.2023

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

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
7 SEPT 2023	Tympano-otite	CS	250/00 200/00	INF: 09 1183509 Dr. A. MA SENCHINI Spécialiste en ORL et Chirurgie Service - Paedale

Dr. **Alma SERCHINI**  
Chirurgo - ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
145 Rd Ibn Tachfine Bes Mawada  
ES/SC (Al) Tel: 9542 62 84 65  
Urgences : 0611 29 01 69

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CA	12/09/2023	635,40

[illegible]

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

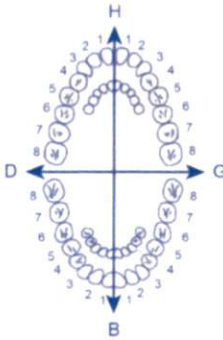
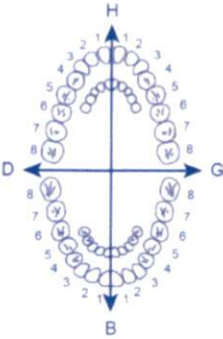
VOLET ADHERENT

# RELEVÉ 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"/>
				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="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en ORL et chirurgie Cervico-Faciale  
Explorations de la surdité et des vertiges  
Explorations Endoscopiques  
Allergologie



أخصائية في امراض وجراحة الأذن  
الأنف ، الحنجرة ، الوجه والعنق  
تشخيص وعلاج الصمم والدوخة  
التشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Casablanca, le : 02 SEP 2023

42 kg

BEN CHEKROUN TAD

138,30

Oli-pen 50.0 or Augmentin 500mg  
2 cp x 25 jours

48,70

Solupred 20 mg  
2 cp le matin pour 25 jours

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70 DH  
118000 060536

129,90 + 96,80

Lespinum Kit + Sachets

App x 25 jours

119,10

Disocent.

2 pulv / 1 d'ami

pour 2 mois

Dr. Salma SERGHINI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico-Faciale  
415 Bd Ibn Tachfine Res Mawada  
ESC (A) 05 22 62 81 65

102,60

Acus Sycep

1 cp le soir pour 25 jours

635,40



Dr. Calma SLACHINI  
Spécialiste en Gynécologie et Chirurgie  
Gynécologie - Fœtologie

15 Bd Ibn Rochd - Rés Mawada  
ESC (A) Tél : 0522 62 81 65  
Urgences : 0611 39 01 69

37E PHARMACIE GOLF CITY  
10000 Golf City  
0522 62 81 65  
0611 39 01 69



**AERIUS®**  
**5 mg**

أيريوس®  
5 ملغ

comprimés pelliculés

أقراص ملبسة

**desloratadine**  
voie orale

ديسلوراتادين  
عن طريق الفم

**30** comprimés  
pelliculés

**30** أقراص  
ملبسة



LOT: 111  
PER: JUN 2025  
PPV: 102 DH 60

Importer & distributor:  
S.I.C.  
Bldg n°56 - Street 104 Maadi - Cairo - EGYPT  
Registration n° 82/2021/1

العنوان  
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية  
مبنى رقم 56 - شارع 104 المعادي  
القاهرة مصر  
رقم التسجيل 82/2021/1

**BOTTU SA**  
**PPC: 96 DH 80**

**Code ACL : 5373289**

LOT



1210

2023-04

2026-03



3 564300 001756

CETU2178-001132  
CT24146C

Comprimés = 16 Prises

32

500mg/62,50mg  
Comprimé

ADULTE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN** 500mg/62,50mg Comprimé  
1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent  
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة  
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH  
LOT: 650872  
PER: 10/24

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance

Dr. SERGHINI Salma

الدكتورة السرخيني سلمى

Spécialiste en ORL et chirurgie Cervico-Faciale

Explorations de la surdité et des vertiges

Explorations Endoscopiques

Allergologie



أخصائية في امراض وجراحة الأذن

الأنف ، الحنجرة ، الوجه والعنق

تشخيص وعلاج الصمم والدوخة

التشخيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Casablanca, le : 02 SEPT 2023

## FACTURE

Nom : .....

BENCHEROUN MAID

Note Honoraire pour : .....

tympanogramme

Montant : .....

200/00

Dr. Salma SERGHINI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico-Faciale  
415 Bd Ibn Tachfine Des Mawada  
ESC (A) Tél : 05 22 62 81 65  
Urgences : 0614 39 04 69



Id patient:  
Nom de famille:  
Prénom:

BENCHEKROUN

MAJID

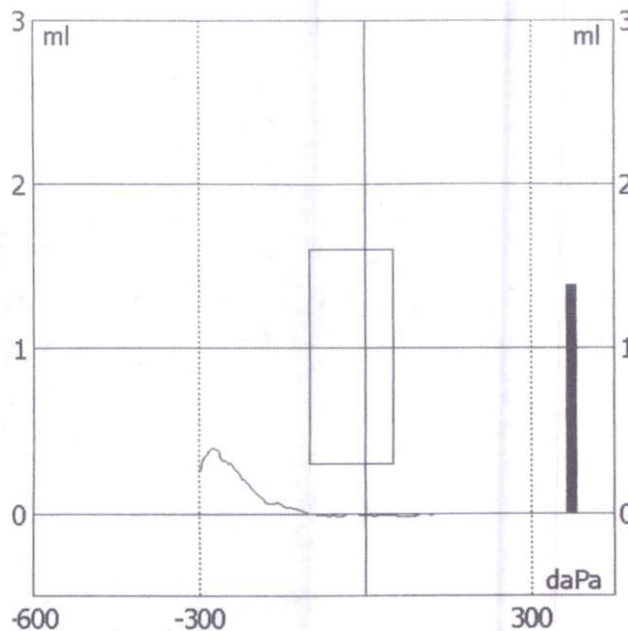
Interacoustics A/S  
Drejervænget 8  
5610 Assens

  
**Interacoustics**

12/09/2023 16:42:35

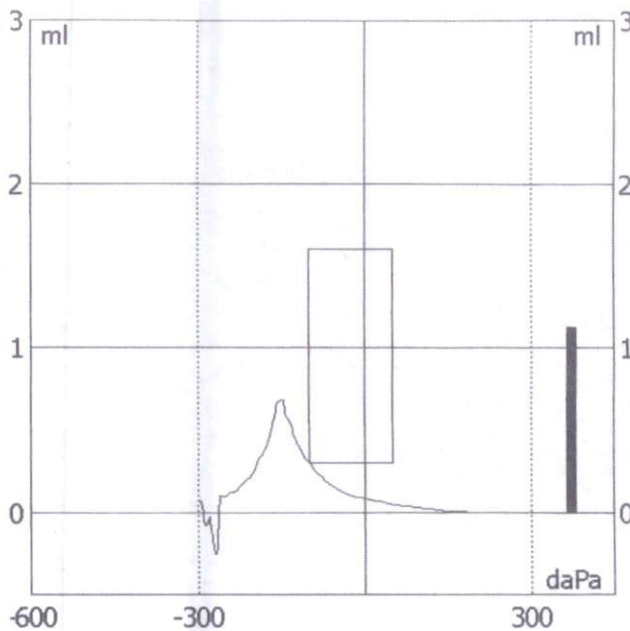
Droite  
226 Hz

Tymp 226 Hz



Volume (ml) 1,38 Pression (daPa) -277  
Compliance (ml) 0,40 Gradient (daPa) 81

Gauche  
226 Hz



Volume (ml) 1,12 Pression (daPa) -150  
Compliance (ml) 0,68 Gradient (daPa) 78

Dr. **Salma SERCHINI**  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Ouvillon - Fes  
415 Bd Ibn Tachfine Res Maawada  
ESC (A) Tél : 0522 62 81 65  
Urgences : 0611 39 01 68