

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.

Nº W21-808949

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8298

Société : Ram

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Blaouekfouar KARIM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05222912120

Total des frais engagés :

1085,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. S. CHINI
Spécialiste en URL et Chirurgie
Cervical - Faciale
415 Bd Ibn el Châme Res Mawada
ESC (A) 1.1 : 0522 62 81 65
Urgences : 0611 39 01 69

Date de consultation : 12.09.23

Nom et prénom du malade : Blaouekfouar KARIM

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint Parent 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.

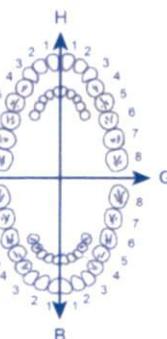
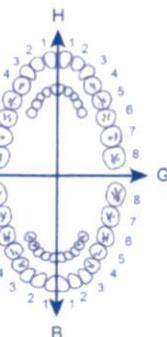
Fait à : Casablanca

Le : 09/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VISÉ ET ADHÉRENT

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	
12 SEPTEMBRE 2023		6	259,00	INP : 091183D09	
			Transport en ambulance	200,00	
				Dr. C. alma SERCHINI Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale 145 Bd Jean Tschirnhaus Besançon ESCC (A) Tél : 03 81 62 81 65 Urgences : 0611 39 01 69	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
<i>CG</i>	12/09/2023	635,40			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES					
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	

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"/>												
				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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		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"/>														

Spécialiste en ORL et chirurgie Cervico-Faciale

Explorations de la surdité et des vertiges

Explorations Endoscopiques

Allergologie

أخصائية في امراض و جراحة الأذن
الأف ، الحنجرة ، الوجه والعنق

تشخيص و علاج القسم والدوخة

التخسيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Casablanca, le : 12. SEPT. 2023

4216

BEN COTERKOUN 7 ADD

138,30

Olipen 500 mg Augmentin 500mg.
2cp x 25 per 08 days

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

18,40

Solupred 20 mg
2cp le mois

129,90 + 96,80

Legnum Kit + Sachets

Appx 25 per 25 days

119,10

Absolut.

100

2 pivo / day

le mois

per 2 mois

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

415 شارع ابن تاشفين إقامة المودة الشقة - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 62 81 65 - البريد الإلكتروني : dr.serghinisalma@gmail.com

102,60

Aous Syges

1 cycle pour 25 ans

635,40



Dr. Salma SLACHINI
Spécialiste en Urol et Chirurgie
Cervico-Faciale

115 Bd Ibn Rochfine Res Mawada
ESC (A) TEL : 0522 62 84 65
Urgences : 0611 89 01 69

STEPHARASITE GOLF CITY
Société de Construction Golf City
Casablanca
Tél: 0522 62 84 65

CG

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



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

أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

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

العنوان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية
منى رقم 56 - شارع 104 المعادى
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

Comprimé
500mg/62,50mg

ADULTE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-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 السرغيني سلمى

Spécialiste en ORL et chirurgie Cervico-Faciale

Explorations de la surdité et des vertiges

Explorations Endoscopiques

Allergologie



أخصائية في أمراض و جراحة الأذن

الأذن ، الجيغة ، الوجه و العنق

تشخيص و علاج الصمم و الدوخة

التخسيص بالمنظار الداخلي - أمراض الحساسية

Casablanca, le : 12 SEPT 2023

FACTURE

Nom :

BENCHERKOURI MAID

Note Honoraire pour : temps au pravate

Montant :

200/100

Dr. Salma SERGHINI
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico-Faciale
445 Bd Ibn Tachfine Rés Mawada
ESC (A) Tel : 0522 62 81 65
Urgences : 0611 39 01 69

BENCHÉKROUN

Id patient:
Nom de famille:
Prénom:

MAJD

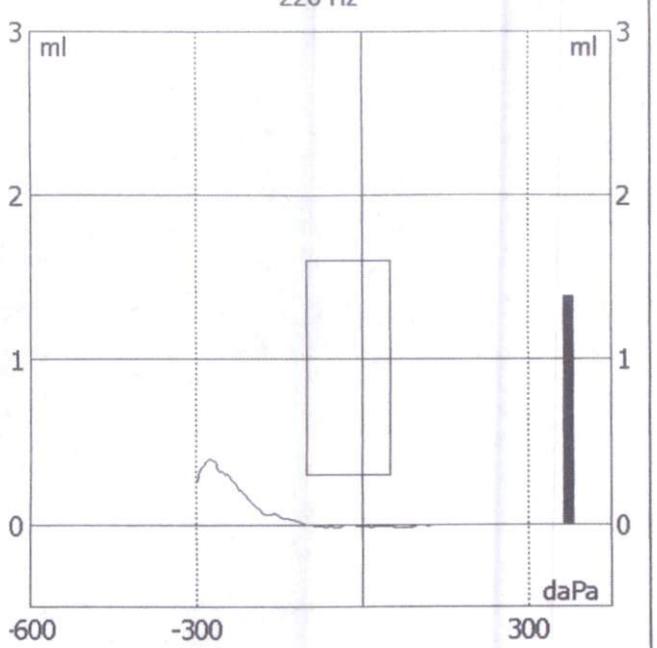
Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens



12/09/2023 16:42:35

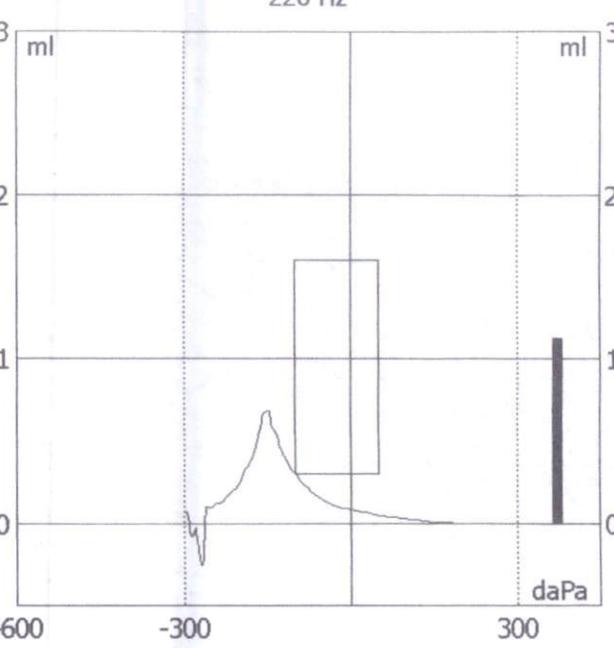
Droite

226 Hz



Gauche

226 Hz



Dr. M. SERGHINI
ORL et Chirurgie
15 Bd du Tchiffé
Orylon - Fautele
ESC (A) Tél : 05 22 62 81 65
Urgences : 06 11 39 01 69