

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-827691

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) 84630

Matricule : 13025 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre :**

Nom & Prénom : ALAOUI SOSSAI Mohammed Yassin

Date de naissance : 28/07/1987

Adresse : 150, RTE DE L'OASIS, RES JAWHARA, ET 63, APPT 10

Tél. : 066666 3994 Total des frais engagés : # 645,80 #

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/2023

Nom et prénom du malade : ALAOUI TADOUN Age : 42 ans

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : Marrakech Le : 14/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/11/23	C2	-	300,00	INP : 091165882

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie MIRABEL Abdelmajid SANKAOUI, Docteur en Pharmacie S. Rue des Palmiers, Bd. A. Benabdel Ouahd - Casablanca Tél: 020 23.11.59 - Fax: 020 23.10.45	14/11/2023	345,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

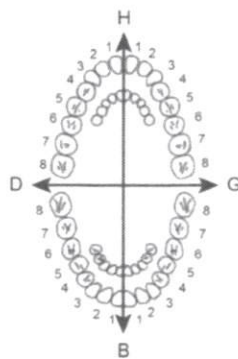
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

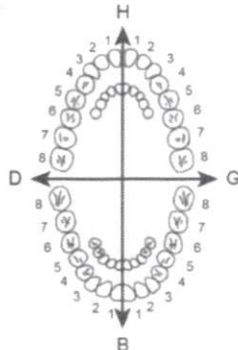
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Adil Benlyazid

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



د. عادل بن اليزيد

- اختصاصي في أمراض و جراحة
الاذن، الأنف و الحنجرة
- اختصاصي في جراحة السرطان
- جراحة أعضاء الوجه و العنق
- رئيس سابق في كلية الطب (بنور فرنسا)

Casablanca, le 14/11/2023

ENFANT ALAOUI MAMOUN

129,90 + 96,80

- Respimer Netiflow

1 flacon de 250 ml matin et soir pendant 10 jours puis le soir avant le coucher

119,10

- Risonel 50 µg

1 doses/narine, le soir, pendant 1 mois



T = 345,80



Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la Face et le cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
ICE: 001918333000002 - IF: 14477065
INPE: 091169052

119, Bd Abdelmoumen 3ème étage N 26 - Casablanca شارع عبد المومن، الطابق 3 رقم 26 الدار البيضاء

Tél: 05 22 47 55 39 / GSM: 06 62 63 07 03 - E-mail: drbenlyazidorl@gmail.com

ICE: 001918333000002 / IF: 14477065 / INPE: 091169052

RISONEL®
0.05%

Voie nasale
Suspension Pour
Pulvérisation Nasale
Furoate de Mométasone

N° du Lot 2367-4
Date Per. 13.2025
P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04

Ne pas remplacer les sachets par des solutions à base de sels (sel de table, gros sel ou fleur de sel) pouvant contenir des impuretés ou des antiagglomérants • Ne pas réaliser d'irrigation avec de l'eau de source ou de l'eau minérale sans ajout de sachets • Do not replace sachets with home-made salt formulas containing cooling salts, which are liable to include impurities or anticaking agents • Do not carry out nasal irrigation with spring or mineral water without the addition of sachet contents

Utiliser avec le dispositif d'irrigation nasale RESPIMER NetiFlow.
Use with RESPIMER NetiFlow nasal irrigation device.

- **RESPIMER NetiFlow** agit efficacement sur l'ensemble des symptômes du nez et des sinus : congestion nasale, pression sinuienne, sécrétions, écoulements rhinopharyngés, croûtes, sécheresse nasale...
- **RESPIMER NetiFlow** procure un soulagement durable et une amélioration significative de la qualité de vie.
- **RESPIMER NetiFlow** is effective for all nasal and sinus symptoms: nasal congestion, sinus pressure, secretions, nasopharyngeal discharge, encrustations, and nasal dryness...
- **RESPIMER NetiFlow** provides lasting relief and a significant improvement in quality of life.

RESPIMER®

NetiFlow®

BOTTU SA
PPC : 129 DH 90

10012042
2023-02
2026-01



LOT
1210
2023-04
2026-03

BOTTU SA
PPC: 96 DH 80

Code ACL : 5373289



CETU2178-001132
CT2A146C

RESPIMER®
NetiFlow®

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

الاستيراد والتوزيع
شركة س. ل. ج. - شارع 104
مادي - القاهرة - مصر
رقم التسجيل 82/2021/1