

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0008386

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8980

Société : RCM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MENOUA HICHAM

Date de naissance : 07/07/71

Adresse : 1 Re' ALTA BN ABDECHAM BOULAB

Tél. : 0661429400

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENLYAZID EL HASSEN Adil  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cancerologie de la Face et le cou  
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
ICE : 001916333000002 - IF : 14477065

Date de consultation : 05/01/2024

Nom et prénom du malade : DENKOUR OTHMANE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Abcès ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 JAN. 2024

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 : 15/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/01/24				Dr. BENLYAZID EL HASSANI AUJ Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie Cancerologie de la Face et le cou 119, Bd Abdelmoumen, Casablanca ICE : 001918333000002 - IF : 14477065 NPE : 091169052

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

05-01-24 373,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

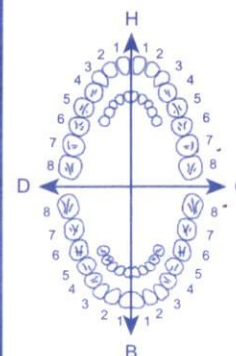
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

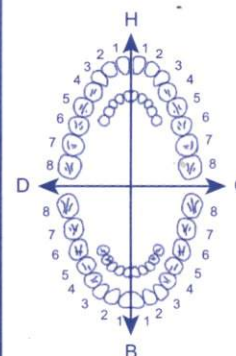
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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'EXECUTION

- 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)

اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأذن، الأنف و الحنجرة  
اختصاصي في جراحة السرطان  
جراحة أعضاء الوجه و العنق  
رئيس سابق في كلية الطب (بئر فرنسا)



Casablanca, le ..... 05/01/2024

## MR MENKOUR OTHMANE

### • Saphir-1g

1 sachet, matin midi et soir pendant 8 jours

### • Neopred 20

3 cp le matin pendant 6 jours

### • Probiotis

1 Gélule, matin, et soir, pendant 1 semaine

### • Codoliprane 400 mg / 20 mg

1 à 2 cp toutes les 4 heures jusqu'à disparition des douleurs

### • Respimer Netiflow

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

### • Metanaz pulvérisation nasale

2pulv par narine 1 fois par jour pendant 1 mois

### • Otrivine

2 pulv par narine avant le lavage nasal ( ne pas dépasser 3 jours)

PHARMACIE ANNASR OULFA  
Hy Essalam II IM 3 GH 4  
N°44 Oulfa - Casablanca  
Fixe: 0922.93.28.13

Dr. BENLYAZID EL HASSANI ADIL  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cancérologique de la Face et le cou  
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
ICE : 001918333000002 - R. 1447706  
INPE : 091169052

# Codoliprane®

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables

PPV: 22DH20

PER: 08/25

LOT: M2836



Adulte

20 gélules  
Voie orale

Saccharomyces boulardii

# Probiotis

# Probiotis

Saccharomyces boulardii

LOT : 230 70 1  
DLUO : 07/2025  
69,00DH

20 gélules  
Voie orale

Fabriqué par :

**Deva**  
Pharmaceutique

146- 147, Zone Industrielle  
T1 Madi, Casablanca



# NEOPRED<sup>®</sup>

**Prednisolone 20 mg**

Indications - Contre-indications - Posologie -  
Mode d'emploi : lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير -  
كمية الإستعمال : اقرأ البيان داخله.

Reboucher soigneusement le flacon  
après chaque prise.

AMM N° : 280R1/19DMP/21/NNP

NEOPRED<sup>®</sup>

Prednisolone 20 mg  
25 comprimés  
effervescents  
sécables

PPV. : 37,40 DH



Matin	Midi	Soir	Repas
Durée			

# NEOPRED<sup>®</sup>

**Prednisolone 20 mg**

20  
comprimés  
effervescents  
sécables

Lot: L3331  
Fab: 10/23 Per: 10/26

Voie orale

GALENICA

Cipla Maroc

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	MIDI	MATIN	NUIT



140 x

Suspension  
pour  
pulvérisation  
nasale

Voie nasale

50  
µg

MOMETASONE  
Furoate  
METANAZ<sup>®</sup>

LOT: GA20484

PER: 06/2024

PPV: 110 DH 00

PPV: 116DH00  
 PER: 09-26  
 LOT: M 3135

COOPER PHARMA

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

سكّر

16 x 91

مسحوق لتعليق سائل للشرب



عن طريق الفم  
 125/1g

أموكسيسيلين / حمض كلافولانيك

سافير

SAPHIR®

Amoxicilline / Acide clavulanique



1g / 125 mg  
 Voie Orale  
 Oral Route

Poudre pour suspension buvable  
 Powder for oral suspension

16 x Sachets



# Otrivine

1‰

Décongestionnant  
de la muqueuse  
nasale

---



## Nébuliseur

---

Solution 10 ml



LOT : M0825  
EXP : MAI 2026  
PPV : 19,30 DH