

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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 - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

Maladie       Dentaire       Optique       ALC

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2055 Société :

Actif       Pensionné[e]       Autre :

Nom & Prénom : A Bazi Gaid

Date de naissance : 17.03.1952

Adresse : Route D'Azrou - Résidence Dattan N°26

Tél. : 0522391697 Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27.08.2019

Nom et prénom du malade : RG GINA MAZIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : APPétition SR

Affection longue durée ou chronique :  ALD     ALC    Pathologie

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'adhérent de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je c  
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
22/02/2011	CS		300 DA, 00	MAKHLOUFI Abdelhadi Bouchaleb, Hay Hassan N.F. 031164633

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>mf</i>	27.02.2024	226,50
<i>mf</i>	20.02.2024	39,10

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The upper arch has teeth 1 through 8, and the lower arch has teeth 8 through 1. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, indicating the mesial direction. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, indicating the distal direction. A vertical arrow labeled 'B' points downwards, indicating the distobuccal direction.

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

**Montant des  
Honoraires**

Digitized by srujanika@gmail.com

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

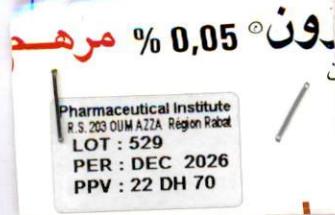
# Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.  
Explorations Fonctionnelles  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.  
Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.  
Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



# الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و جراحة الأنف، الأنف، الحنجرة، الوجه، العنق .  
والكشفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار  
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا .  
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف ،  
بروكسل، فرنسا  
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة



Date : 27/02/2024

Patient : REGINA MARIA



22,70

## DIPROSONE POMMADE

1 application 2x/j dans les deux oreilles

## FUCIDINE pommade

1 application 2x/j dans les deux oreilles

## POLYDEXA Oreille

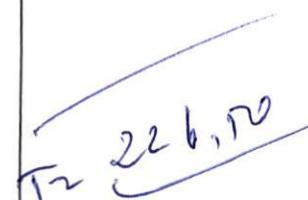
3 gouttes 3x/j pd 8 jours dans l'oreille droite.

102,60

## AERIUS

1 CP PAR JOUR PD 1 MOIS le soir

## BOUCHONS ANTI EAU



## HUILE D AMANDE DOUCE

1 application 1x/j dans les deux oreilles

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

O.R.L

1, Bd. Abdellah Boutaleb, Hay Hassani

Casablanca - Tél: 05 22 89 52 52

I.N.P.E. 091164608

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour , Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence : [REDACTED]

عمراء الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقي شارع سيدى عبد الرحمن و طريق ازمور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : 05 22 89 52 52 - الهاتف : Kamalorl@hotmail.com

# AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine  
voie orale

30 comprimés  
pelliculés

LOT : 106  
PER : SEP 2024  
PPV : 102 DH 60

أيريوس®  
5 ملغ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

30 أقراص  
ملمسة



**Pharmacie SIDI EL KHADIR –  
Casablanca**

👤 Omar El Fidaoui  
📞 0522913046  
📍 1367.RUE MY BOUCHAIB REDDAD .DERB JAMILA HAY  
📍 HASSANI

**Vente N° 20240301-726**

Date  
2024-02-20

Adresse

Produit	Qté	P.U	TVA	Total
OTIPAX GA 0.04 SOLUTION AURICULAIRE 20ML	1	20.20	7%	20.20
OTRIVINE 1% SPRAY NASAL	1	19.30	7%	19.30
Total HT		TVA	Total	
36.92 DHS		2.58 DHS	<b>39.50 DHS</b>	

Arrêté la présente facture à la somme de : Trente-Neuf DHS et Cinquante centimes

