

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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0037837

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10530 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASRI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ASRI SAMI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 24 SEP. 2019 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Dour

ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien à l'issue de l'exécution																

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
DECLARATION N° P 17 / 0066116				
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P 17 / 0066116

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	Signature de l'adhérent														
Nom & Prénom																		
Fonction		Phones																
Mail																		
MEDECIN		Prénom du patient																
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age		Date 10 JUL 2019														
Nature de la maladie		Date 1ère visite																
obstruction Nasale																		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																		
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
C3			300 OT															
PHARMACIE		Date 9 / 10 / 19																
Montant de la facture		136.20																
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date																
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires																
		CACHET																
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires														
AM	PC	IM	IV															

Professeur Mostafa DETSOULI
 Otorhino Laryngologie
 120, Bd Moulay Idriss
 Casablanca - Tél: 027 86.51.7
 PHARMACIE ANNEE 2019
 10 JUL 2019

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 09/08/2019 في الدار البيضاء،

Enf. ASRI Sami

136. ١٣٦
NASONEX

1 pulvérisations le soir, pendant 2 mois



Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhino - Laryngologie
120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Casablanca - Tél: 0522 86 31 31

NASONEX® 50 microgrammes/dose, suspension pour pulvérisation nasale. furoate de mométasone anhydre

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE NASONEX 50 microgrammes/dose, suspension pour pulvérisation nasale ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER NASONEX 50 microgrammes/dose, suspension pour pulvérisation nasale ?
3. COMMENT UTILISER NASONEX 50 microgrammes/dose, suspension pour pulvérisation nasale ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER NASONEX 50 microgrammes/dose, suspension pour pulvérisation nasale ?
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. QU'EST-CE QUE NASONEX 50 microgrammes/dose, suspension pour pulvérisation nasale ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

CORTICOÏDE À USAGE LOCAL.

Ce médicament contient un corticoïde. C'est un traitement anti-inflammatoire qui s'administre par voie nasale.

Il est indiqué :

- chez l'adulte et l'enfant de plus de 3 ans, en traitement de la rhinite allergique,
- chez l'adulte : pour soulager les symptômes liés à la présence de polypes dans les fosses nasales.

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V. 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc



6 118 00 1150 1991 >

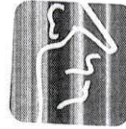
AVANT D'UTILISER NASONEX
nasale ?

sion pour pulvérisation

DE VOTRE MÉDECIN OU DE

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 10/07/2019 في الدار البيضاء

Enf. ASRI Sami

**OBSTRUCTION NASALE
FAIRE**

TDM SINUS

~~Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhinolaryngologiste
120, Bd. Moulay Idriss 1er étage - 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 86 58 27 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com~~



120, Bd. Moulay Idriss 1er étage - 20 000 Casablanca
Tél : 05 22 86 58 27 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

CASABLANCA, LE 10/07/2019

DEVIS

M-19-07-0575-012

N° D190010933 10/07/2019

NAIIMA

Nom et prénom du patient : **ASRI SAMI**

Prise en charge : **MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie**
Examen radiologie

Examen radiologie	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM SINUS	1	1 200.00	1 200.00
		Sous-Total	1 200.00
(*) Produits facturés à l'unité			

Total devis

1 200.00



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 02 Août 2019

PR. DETSOULI MOSTAFA

ENF. ASRI SAMI

COMPTE RENDU

TDM SINUS

Technique :

Acquisition hélicoïdale avec reconstructions en coupes axiales et coronales en fenêtres osseuses.

Résultat :

- Pneumatisation normale des sinus maxillaires.
- Pneumatisation normale des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal.
- Pneumatisation normale du sinus frontal.
- Cloison nasale médiane. — — —
- Fosse nasale libres.

Conclusion :

TDM sinus ne montre pas d'anomalie.

DR LAHLOU NEZHA

