

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société : 51663

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHERIFI TAYEB

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse :

Tél. : 06 61 25 01 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : CHERIFI TAYEB Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ART RE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS PROTECTION

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 : 20/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : CHERIFI TAYEB

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19 NOV 2020 | C2 | 32 | 32 | Dr Khairi EL YACOUT Spécialiste ORL 136 Imm Faraj Lot Lina Sidi Mabrouk Casablanca 05 22 97 25 26 Fax 05 22 97 25 27 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Dr HELZ HAFEM | 19/11 | 294,90 # |
| Dr HELZ HAFEM | 19/11/2020 | 125,30 # |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow at the bottom indicates the direction of treatment from D to G. Vertically aligned boxes for each | | | | |

CABINET ORL

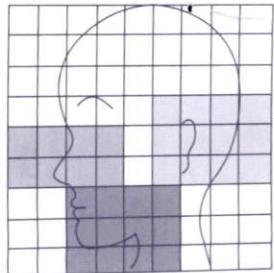
Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé

Faculté de Médecine de Montpellier

Nez • Gorge • Oreilles

Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le 19/11/20

J. Khalid Tayeb

125,30

Varygrip

125
Mabu

Dr. Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
136, Imm. Faraj Lot. Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 97 25 26 Fax: 05 22 97 25 27

Dr. H. ELZY Hicham
PÉdiatrie CHRAÏBI
Chargé de Stage
SIDI MAAROUF - Casablanca
Tél: 0679 64 07 49

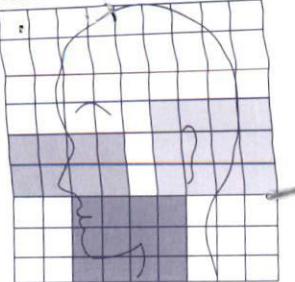
إقامة فرج، الشقة 7، سيدى معروف، الرقم 136 - الهاتف: 0522 97 25 26 - الفاكس: 0522 97 25 27 - CASA
الدار البيضاء
Imm. Faraj (près Maroc Telecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136, - Tél. : 0522 97 25 26 - Fax : 0522 97 25 27
Email : elyacoubi.kh@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc 
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
VaxiGripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH
Barcode
6 118001 082247

CABINET ORL

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé
Faculté de Médecine de Montpellier
Nez • Gorge • Oreilles
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق
الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le 19 NOV. 2021

J. Chéfifi Tarek

19,20

① Ricamini P. date: 1 avril 2021



② 0/05/2021 date: 1/05/2021



③ Nasr 12 date: 1/05/2021

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahloul Old Hizir - Bemechid
Tél: 0522 97 25 27

1/05/2021

date: 1/05/2021

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahloul Old Hizir - Bemechid
Tél: 0522 97 25 27

total 0.2940

④ Nasr 40 date: 1/05/2021



Dr. Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
136, Imm. Faraj Ldt. Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
+212 0522 97 25 26 - Fax: 0522 97 25 27

إقامة فرج، الشقة 7، سيدى معروف، الرقمن 136 - الهاتف: 0522 97 25 27 - الفاكس: 0522 97 25 26 - الدار البيضاء
Imm. Faraj (prés Maroc Telecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136, - Tél. : 0522 97 25 26 - Fax : 0522 97 25 27 - CASA
Email : elyacoubi.kh@gmail.com

CICATRYL®

pommade

Tube de 80 g

LOT : M0052
EXP : SEP 2021
PPV : 19,20 DH

Voie cutanée

CICATRYL®
Pommade - Tube de 80 g



Non remboursable



6 118000 020721

OTOSAN®

Effetti decong.
Efecto descon.
Abschwellende
Effet deconges
Decongestant effect

ISOPHARM
OTOSAN NASAL
85.70 DH

NASAL
SPRAY
Forte

OTOSAN®

NATURAL PRODUCTS FOR A BETTER LIFE

SN124
2023/02

1279

CGP

ALCP



0°C
-35°C

LOT : M0375
PER : 06/2022
PPV : 190,00 DH

Fabriqué par :

Laboratoires Deva Pharmaceutique Deva
J. OUAJDI Pharmacien Responsable
146-147 Zone Industrielle Tit Mellil - Casablanca

Ineso 40 mg

28 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410478