

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES 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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
Tél : 05 22 22 78 18 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0051126

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **KTIRI AMINA**

Date de naissance : **31-01-58**

Adresse : **Habituelle**

Tél : **06 66 93 96 26** Total des frais engagés : **A 129** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19/05/2023**

Nom et prénom du malade : **KTIRI AMINA** Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : **CHRONIQUE**

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : **A 129**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'opportunité des Actes
19/12/13	CSK CCG		300000	Dr. Mehdi BENJELLOUN 06 61 06 04 72 - 1^{er} étage BP Chahdia El Oued 06 61 06 04 72 - 1^{er} étage BP Chahdia El Oued

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'opération
19/11/13	ECG		30000	Dr. Mehdi BENJELLOUN N° 61-1e Etage BP Chahdia El Oued 07 62-06 04 72 05 55 11 42 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/23	

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2023	

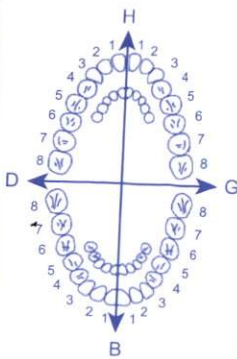
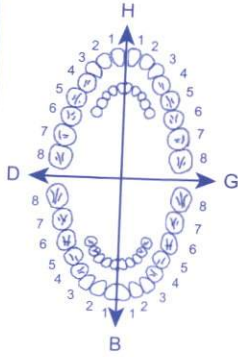
[illegible][illegible][illegible][illegible]

DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prioritairement tenu de justifier, par écrit, la nature des soins effectués, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	G															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Important :

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

Casablanca, le : 19/05/2023

Nom et Prénom :

KTIRI Amina

ARTEMON 5/5

1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

Enrolex

1 comprimé

Viventel

2 upl;

manef 300

1 upl; le m

987,7

59,50

أنرويكس أقراص للمص

الشكل والتقديم :

علبة من 10 أقراص تمتص

التركيب :

البروبوليس (80ملغ-خروب)، حمض أسكوربيك-فيتامين س (60ملغ-أي 100% من الاحتياجات اليومية الموصى بها)، مستخلص الأوكالبتوس (50ملغ-أوكالبتوس كلوبولوس)، مستخلص جاف من مادة قنفذية (50ملغ-ايشينيسيا يوروبورية، مالتوديكسترين)، مستخلص الزنجبيل (12ملغ-زينزجير أوفيساليس، مالتوديكسترين) مادة مقومة : المورييتول، مسحوق العسل، مادة مكثفة، استياريات المغنيسيوم وسيليس غرواني ملون : ثومتن، السكر الوز، الأسيمولفام K والأسبارتام، نكهة الليمون، منتول

العناصر	المميزات الخاصة بها
مستخلص البروبوليس	مضاد للجراثيم مطهر
مستخلص الأوكالبتوس	مزيل للاحتقان
مستخلص المادة القنفذية	مقوي للمقاومة الذاتية
مستخلص الزنجبيل	مطهر مقاوم للالام ومضاد للأكسدة
فيتامين الأسكوربيك (فيتامين س)	منعش الطاق ومضاد للأكسدة

أنرويكس أقراص يشكل مجموعة متكاملة من مستخلصات النباتات الطبية المعترف لها بمفعولها المفيد للمقاومة الذاتية ولالتهابات الحنجرة والمسالك التنفسية.

المقادير : قرص واحد يمتص ثلاث مرات في اليوم.

تحذيرات الاستعمال : يحتوي على مصدر الفينيلالانين.

تم صنعه من طرف سترافارم - ويوزع من طرف "راموفارم".

/ هذا مكمل غذائي وليس بخواء.

ENROUEX® tablettes

Forme & présentation :

Tube de 10 comprimés à sucer.

Composition :

Propolis (80 mg - caroube), acide ascorbique (60 mg soit 100% des AJR), extrait d'eucalyptus (50 mg - Eucalyptus globulus, maltodextrine), extrait sec d'échinacée (50 mg - Echinacea purpurea, maltodextrine), extrait de gingembre (12 mg - Zinziger officinalis, maltodextrine), agent de charge : sorbitol, poudre au miel, agent agglomérant : stéarate de magnésium et silice colloïdale, édulcorant : thaumatine, sucralose, acésulfame K et aspartame, arôme citron menthol.

INGREDIENTS	PROPRIETES
Extrait de Propolis	Antiseptique
Extrait d'Eucalyptus	Décongestionnant
Extrait d'Echinacée	Stimulant des défenses de l'organisme
Extrait de Gingembre	Antiseptique, analgésique et expectorant
Acide ascorbique	Stimulant énergétique et antioxydant

ENROUEX® tablettes est une association synergique d'extraits de plantes médicinales, reconnues pour leurs actions bénéfiques sur les défenses de l'organisme, les irritations de la gorge et des voies respiratoires.

Posologie :

1 comprimé à sucer 3 fois par jour.

Précautions d'utilisation :

Contient une source de phénylalanine.

Tenir hors de portée des enfants.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs.

Ne dispense pas une alimentation équilibrée.

Fabriqué en France par Les Laboratoires STRAPHARM

Pour RAMO-PHARM

Complément Alimentaire n'est pas un médicament

71.447

19-Mai-2023 15:19:19 Freq. Card: 45 BPM
Axes P-R-T: 44 -70 65 Int PR: 171ms
Dur.DRS: 95ms DT/DTc: 412/368ms

19-Mai-2023 15:19:19

ID:
D-naiss:
ans,

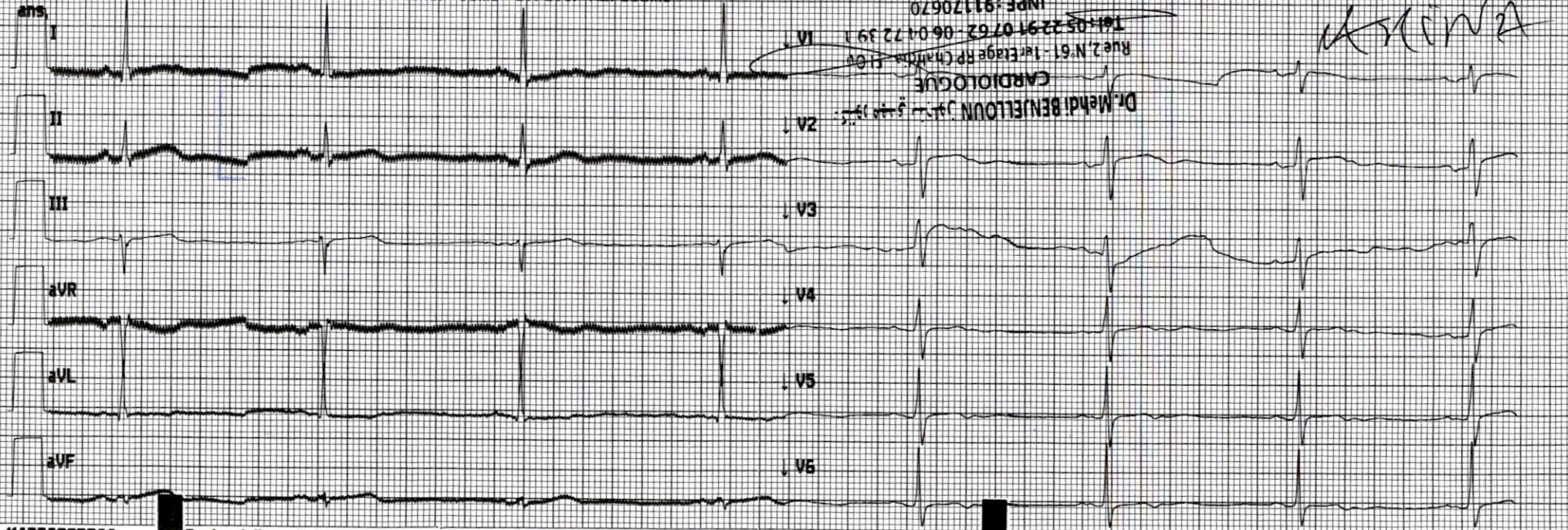
INPE: 91170670

161-05-22-91-07-62-06-04-72-39-1
Rue 2, N° 61 - 1^{er} Etage RP Chahine - El Oujda

CARDIOLOGUE

Dr. Mehdi BENJELLOUN
J. 19-05-2023

KT: 10
ASTHMA



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence * 29570 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz