

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

ND: № W19-462821
 14515.



Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KHOMSI FATHA

Date de naissance : 04.05.1958

Adresse : 18 Res YOUSSEF, RUE JARIR, APT.12. G^e FES

Ave Allal B. Abdellah.

Tél. : 0661 41 22 55 Total des frais engagés : 540,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/01/2019

Nom et prénom du malade : FATHA KHOMSI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : GASTRO INFLAMMATION

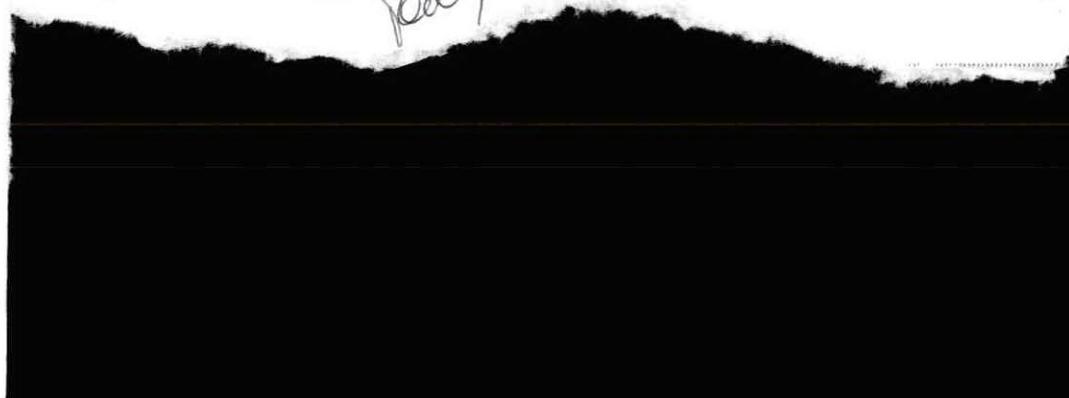
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 14/01/2019 Le : 14/01/2019

Signature de l'adhérent(e) : Petra



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
14/11/19			350,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/19	240,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

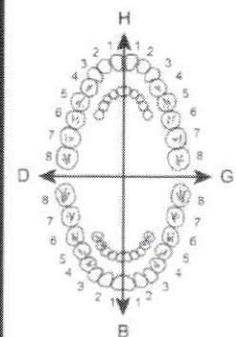
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

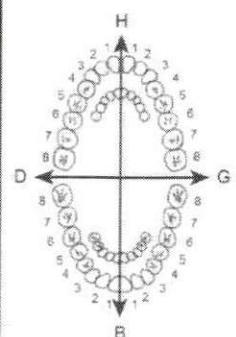
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	26533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



الدكتور محمد سعيد مراني علوي

Dr. Med Said Mrani Alaoui

خريج كلية الطب بنين - فرنسا

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

اختصاصي في أمراض المعدة ، الكبد والأمعاء

Proctologie - Echographie - Endoscopie

أمراض المخرج البواسير - إيكوغرافيا - التنظير الداخلي

Fès, Le 14/11/13

Khomsi fofri



14/11/13

INOXIM 40

1 - 2 75878

Profax - 16

1 - 2

24/11/13





INexium®
ésoméprazole

40 mg

إينكسيوم® 40 مغ

ازوميبرازول



14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14
قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

160 ملغم

نيوفورتان®

فلوروجلوسينول

10
أقراص
فانرة



NEOFORTAN® 160 mg

98DH80
04/2025
620354
FPIU
LOT
EXPI

FORMULE UNITAIRE :

Phloroglucinol dihydrate 160 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé effervescent

Cette boîte contient 1,6 g de Phloroglucinol dihydrate

**POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice**

يحفظ الأنبو布 مغلقاً بمعزل عن الحرارة والرطوبة

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité