

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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

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 - 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.n.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0034161

56993

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : KHOMSI FATIMA

Date de naissance : 04.05.1958

Adresse : 18, Rés YOUSSEF, Rue Paris, APT 12, 6° FS

Tél. : 0661412255 Total des frais engagés : 504,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/10/2020

Nom et prénom du malade : KHOMSI Fatima

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : colopathie + fissure anale

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 : FS

Le : 29/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# RELEVÉ 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
29/12/2020	S		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



29/12/2020

206,130

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

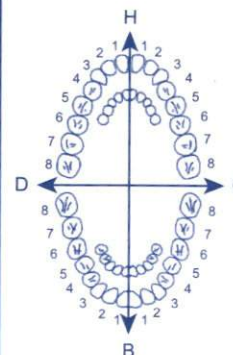
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéraires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
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 Saïd Mrani Alaoui  
خريج كلية الطب بنيس - 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 23/12/20

Khamsi Fgthn

1) cebes 20 mg 30,00  
1 - 0 - 0

2) AGA3 96,00  
1 - 0 - 1

3) hemofast 19,60  
1 aff X2 j

4) Titano 19,30  
1 sup ch doc

5) Isol 19,90  
1 j

6) spas fm 19,50  
1 - 1 - 1  
204,30





Tenir hors de la portée et de la vue des enfants  
يحفظ بعيداً عن متناول أيدي الأطفال و عن نظرهم



Tenir à l'abri  
de la chaleur

يحفظ بعيداً عن الحرارة



Tenir à l'abri  
de l'humidité

يحفظ بعيداً عن الرطوبة

LOT N2421

MFG 27-09-2019

EXP 09-2022

SPASFON-LYOC  
LYOPH.ORAL (10)  
Zenith Pharma  
P.P.V. : 19,50 DHS



7 640153 082817



en captant une partie des gaz et des toxines produits par les bactéries intestinales, AGAZ contribue à réduire les phénomènes de ballonnement et de flatulences après le repas.

### Ingédients

Poudre de charbon végétal, amidon de maïs modifié, anti-agglomérant : stéarate de magnésium, gélatine d'origine bovine.

### Conseils d'utilisation

Prendre 4 gélules par jour, en deux prises entre les repas, accompagné d'un grand verre d'eau (et pouvant être portée à 6 gélules en cas de besoin), en complément d'une alimentation variée, équilibrée et d'un mode de vie sain.

### Précautions d'emploi

Ce complément alimentaire n'est pas un médicament.  
Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.  
Garder hors de portée des enfants.  
A conserver dans un endroit sec et frais, à l'abri de la lumière, de l'humidité et de la chaleur.

### Information nutritionnelle moyenne / Average nutritional information

	4 gélules 4 capsules	6 gélules 6 capsules
Poudre de charbon végétal Vegetable powdered charcoal	648 mg	972 mg

60 gélules / 60 capsules



Made in France

### Ingredients

Charcoal powder, modified corn starch, anticaking agent : magnesium stearate, bovine gelatin.

### Directions for use

Take 4 capsules per day, twice doses between meals, accompanied by a large glass of water (which can be increased to 6 capsules if needed) in addition to a varied, balanced diet and an healthy way of living.

### Precautions for use

This food supplement is not a drug.  
Do not exceed the recommended daily dose.  
Keep out of reach of children.  
Store in a cool dry place, away from light, moisture and heat.

**Fabriqué par : IGEPHARMA**  
Biopôle Clermont-Limagne - 63360 Saint-Beauzire - FRANCE  
**Pour : IRATI INTERNATIONAL**  
32, rue de Lourmel 75015 PARIS - FRANCE  
**Distribué par : DERMAFRIC**  
76 Lot El Youmn 1, BMO - MEKNES - MAROC

AGAZ

N° DE LOT/BATCH N° :  
DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :  
À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :  
PPC: 96,00 dhs



# إيدول 100 ملغ

أندوميستاسين

IDOL® 100 mg



10 suppositoires



عن طريق المستقيم

علبة من 10 شميلة

LOT: 07419016  
PER: 01/2024  
PPV: 19.90 DH

19,90



LOT 181032

EXP 02/2021

PPV 30.00DH

**OEDDES<sup>®</sup>**  
—— oméprazole



**20**  
mg  
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

**7 x** 



®

# تيطانورين

كاراغينات / ثنائي أوكسيد التيتان / أوكسيد الزنك

## تحميلة

LOT: 180733 PER: 04-21  
PPV: 19,30DH



12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100