

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

Informations 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.

Pathologie 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.

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

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 79 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0034160

Dossier n° 57020

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITEE
Nom & Prénom : KHOMSI FATIHA
Date de naissance : 04.05.1958
Adresse : NR18, Rés Youssef, Rue Garin Apt 12 6^e FES
Tél. : 0661412255 Total des frais engagés : 836,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2020
Nom et prénom du malade : Khomsi Fatiha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : colof-thie
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 : FES Le : 20/11/2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
20/11/2020			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

20/11/2020 536,40

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

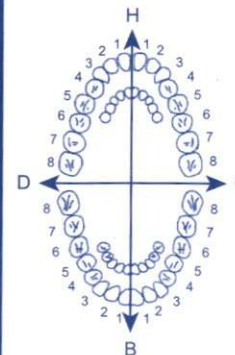
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

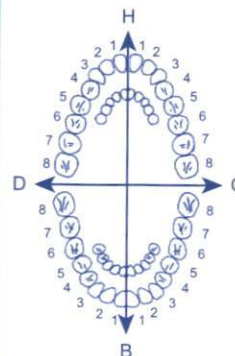
H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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



الدكتور محمد سعيد مراني علوي
Dr. Med Saïd Mrani Alacui
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 20/11/20

S.V. Alglored 245,00
1 - 0 - 0

S.V. Dicetel 100 122,30
1 - 0 - 1

S.V. Inexium 40 82,10
1 - 0 - 0

S.V. Relaxium B6 300 87,00
0 - 1 - 9

S.V. 536,40



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir brou el ajuam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr G3
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V: 82.10DH
6 118001 020591

1 mois



Relaxium[®] — B6

300 mg



1 gélule par jour

*magnésium
vitamine B₆*

COMPLEXE RELAXANT

LOT : 200302
DLUO : 09/2023
87,00DH



146-147 ZI, Ti Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Composition : Bromure de pinavérium 100 mg

Pour un comprimé pelliculé.

dont laque de jaune orangé S (E 110), lactose.

Lire attentivement la notice.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

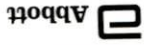
Voie orale.



Respecter les doses prescrites
لتحقيق الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste II
بناءً على وصفة طبية فقط - لائحة II

Fabrique sous licence par :
Maphar. Km 10, Route côtière 111,
QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca.
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable



DICETEL 100 MG
CP PEL B30



122,30

SYMBIOSYS

alflorex®

Complément alimentaire

Poids net : 7,5 g

N° lot : •

A consommer de
préférence avant fin :

Importateur Exclusif

Biocodex Maroc

Technopole - Aéroport Mohamed V

B.P. : 126-Nouaceur-Maroc

www.biocodex.ma

P.P.C. 245,00 DH

Complément alimentaire, ce n'est pas :
médicament

N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA

29685/02