

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.

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.

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 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº P19- 061717

66376

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 2.A.F

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KIRAT STS

Date de naissance : 13/09/1958

Adresse : 5, Rue Houd Houd ES

Tél. 061717590 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Troubles anxiode pressifs

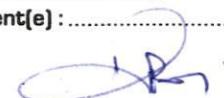
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : / /

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : / /



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
09/02/21	CNP.SY		300,0 H.	
				18 DE LA THERAPEUTIQUE Rue Imam Malik 94-09-89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/9/2021	246,30

ANALYSES - RADIographies

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

Dr. BENABDELLAH Nourreddine

NEURO - PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE

(Adultes & Enfants)

Spécialiste des maladies psychologiques et psychiatriques
- Psychothérapie -

Ancien psychiatre à la clinique universitaire ARRAZI de Salé
Ex. Chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fès
Électroencéphalographie numérisée

الدكتور بنعبد الله نور الدين

طبيب نفسي

(للكبار والصغار)

إختصاصي في الأمراض النفسية والمصلبية
- العلاج النفسي -

طبيب نفسي سابق بالمستشفى الجامعي الرازي بسلا
طبيب رئيس مصلحة سابقاً بالمستشفى الأمراض النفسية بفاس
التخطيط الكهربائي للدماغ بالحاسوب

Fès le 09 FEV 2021 فاس في

Krati Younes

1) Paroxétine GT 11181
28,20 g 3 matin سيد ١٢/٣/١٢
2) Snel per gel سيد ١٢/٣/١٢ 11179
35,70 gel سيد ١٢/٣/١٢ et matin
3) Alprazolam 0,5 11180
1 g le سيد ١٢/٣/١٢ → 10 jours
puis 1/2 g le سيد ١٢/٣/١٢ → 10 jours

246,30

III d'un Mois

15, شارع تلاميريم، إقامة الإمام مالك الطابق الرابع المدينة الجديدة - فاس (قرب مسجد التاجي عتي)
15, Bd Lalla Meriem, Résidence Imam Malik, 4 ème étage (v.n) FES (à côté de la mosquée Tagemouati)

Tél.: 05.35.94.09.89 الهاتف:

باروكستين ج ت

ملغ 20

عن طريق الفم
قرصا مغلفا
من فئة 20 ملغ
30

Atlas
A**Pharm**
GRUPO TECNIMED

Titulaire de l'AMM :

ATLAS PHARM

Quartier industriel de Berrechid,
Route principale numéro 7, Rue C
Maroc

Fabricant :
West Pharma
Amadora, Portugal

Paroxétine GT® 20 mg
30 comprimés péliculés



6 118001 380039



| TECNIMED GROUP

LOT:PB0150A
PER:02/2022
PPV:126,00 DH

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

احترم الدواعي
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance

SULPIDAL® 50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg
20 gélules

6 118000 180609

Voie orale

20
gélules

PPV
LOT
PER

13,20

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

احترم الدواعي
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance

SULPIDAL® 50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg
20 gélules

6 118000 180609

Voie orale

20
gélules

PPV
LOT
PER

13,20

Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

احترم الدواعي
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance

SULPIDAL® 50 mg

Sulpiride

SULPIDAL® 50 mg
20 gélules

6 118000 180609

Voie orale

20
gélules

PPV
LOT
PER

13,20

