

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

ditions 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

ntaire :

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

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société : No 2293

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOMSI Fatiha

Date de naissance : 04.05.1958

Adresse : 18 Rés Youssef Rue Farid Apt 12 6^e FES

Tél. : 06.61.61.22.55 Total des frais engagés : 567,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 18/01/2022

Le : 18/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-051280

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
18/01/22	5		300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18.01.2022	267,10

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	

VOLET ADHERENT

051580

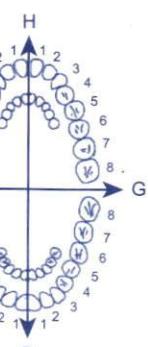
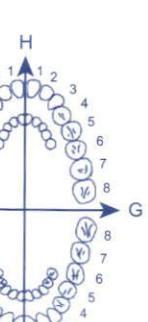
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 000000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور سعيد ماني علوي
Dr. Med Said 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 18/01/22

Khomsi Fatiha

116,30

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg, cp. pel b 8
P.P.V : 116,30 DH
5 118000 061069

1) oroken 200
1 - 0 - 1
15



2) Androl 1g
1 - 0 - 1
15
8j



26,50 3) Vit C 1000
1 - 1 - 0

52,80 4) Riva 200
1 - 0 - 1
15



71,50 5) oscillo coccum
21



prazol[®]
20 mg
Oméprazole
30 mg

N. J. M. S.

PPV : 52DH80
PER : 09/23
LOT : K1709-1

bottU:
SC - Almés dos Cátura 100 - #1 Sétola - Casablanca
S. Br. French - Farmaciens Responsables

14

voie orale

Médecines nistrorésistants

FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg GALENICA



Voie orale

20

COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS



Composition :

Acide ascorbique 1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 20 comprimés effervescents.

AMM N° : 571R1/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

VITAMINE C 1g 
Boîte de 20 comprimés effervescents
P.P.V. : 26,50 DH



6 118000 190936

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50



États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

CIP: 3400932811007

LOT: 260266

EXP.: 02/2025