

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 :

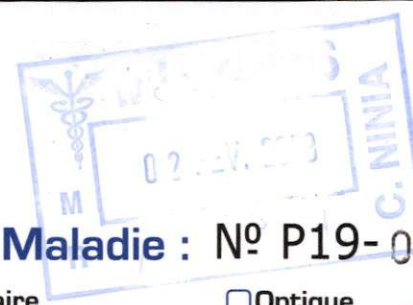
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19-0017573

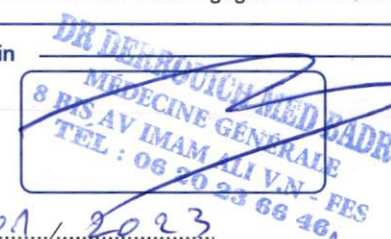
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société : 147801
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHOMSI FATIMA Date de naissance : 04.05.1958
Adresse : 18, Rés. Joussef Rue Jassin Apt 12 6° Etage M. B. Abdelhak
Tél. : 06 61 41 22 55 Total des frais engagés : 376,30 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2023
Nom et prénom du malade : M^{me} Fatima Khousi Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Asthénie physique + Ballonnement
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

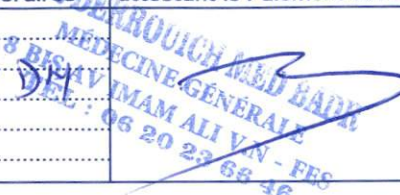
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 26/01/2023

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
26/01/2023		2	ATD	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/2023	226,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

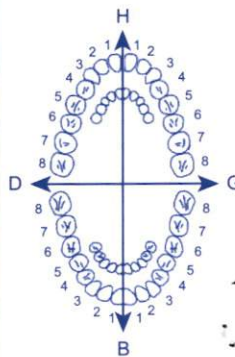
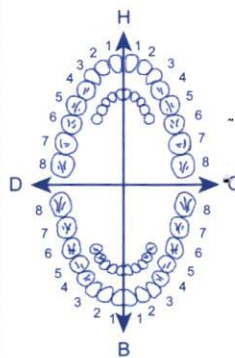
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				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

عيادة مبارك للعلاجات الطبية
Cabinet Médical M'barek

Docteur Med Badr DERROUICH

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de médecine

de cologne Allemagne

Ancien médecin Hôpital Kleve Allemagne

Service d'Urologie (circoncision)

Echographie



الدكتور محمد بدر الدرويش

الطب العام

خريج كلية الطب و الجراحة كولون ألمانيا

طبيب سابق بمستشفى كليف ألمانيا

قسم جراحة المسالك البولية والختانة

الفحص بالصدى

Fès, le 26/01/2023

Ordonnance

M^{me} Fatima Khomsi

1) ~~Mexitane~~ Amp

1 Amp x 21

2) ~~corbozen~~

1 gr x 31

3) Motilium 10 mg

3 cp



DR DERROUICH
MÉDECINE GÉNÉRALE
8 BIS AV IMAM ALI V.N - FES
30 46

Lot : 57AC003E
À consommer de préférence avant le : 10/2024
PPC : 89,50 DH

226,30

Motilium® 10 mg

احترام النظم الدوائية
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée

des enfants.

يرجى الاطلاع على النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيدا عن متناول الاطفال



JANSSEN-CILAC

Fabriqué sous licence par :

maphar, Km 10, route côtière 111,
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.



MOTILIUM 10MG
CP PELL B20



34140

tilium® 10 mg

احترام النظم الدوائية
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée

des enfants.

يرجى الاطلاع على النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيدا عن متناول الاطفال



N-CILAC

é sous licence par :

t, Km 10, route côtière 111,
a, Ain Sebaâ, Casablanca.



MOTILIUM 10MG
PELL B20



carbozen

Ingrédients : charbon ; gélule :
protéines de **poisson** hydrolysées.
Chaque gélule contient 185 mg
de charbon végétal.



Limites d'utilisation :

À conserver dans un endroit sec et frais.
Garder hors de portée des enfants.

PPC : 68,00 DH

N° de lot - Date de fabrication - À consommer de préférence
avant fin : voir au-dessous.