

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



147799 K.d

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017566

### 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 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.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 ..... Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : KHOMSI FATIHA ..... Date de naissance : .....

Adresse : 18, R's Yousef rue Janin Apt 12 Ate Allal B. Abdellah Fes .....  
Tél : 0664412255 ..... Total des frais engagés : 735,00 Dhs ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/12/2022

Nom et prénom du malade : KHOMSI FATIHA ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Fatigue

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 : 06/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

### 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
06/12/22	consultation		290,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/12/2022	435,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

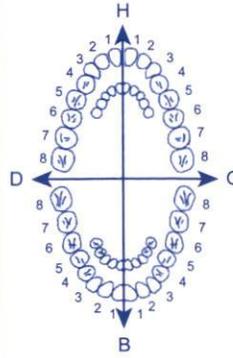
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

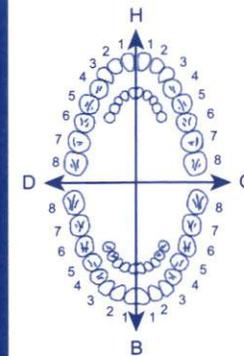
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B		D	
00000000	00000000		
35533411	11433553		



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

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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 محمد سعيد مراني 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

Khroussi Fatima

Fès, le 06.12.2022.....

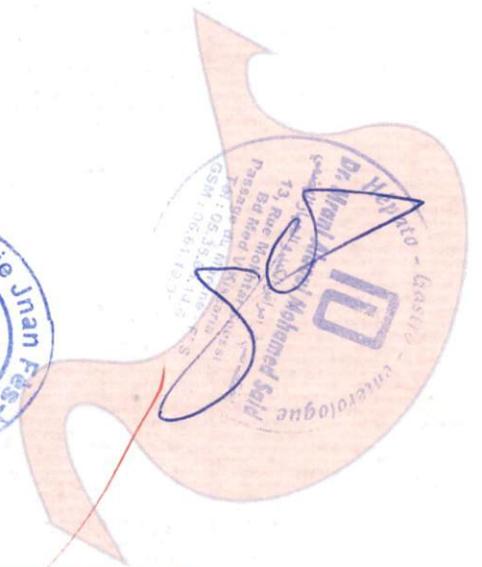
1 - Vita digest 

1 le matin

2 - ESac 

1 le matin

435,00



**Vitadigest**  
enzymes  
30 gélules

**Avertissements :**

- Vitadigest® enzymes est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 12 ans.
- Garder le produit hors de la portée et de la vue des enfants.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Les compléments alimentaires ne doivent pas se substituer à un régime alimentaire équilibré et varié et un mode de vie sain.
- Avant toute consommation, consultez votre médecin ou votre professionnel de santé en cas de grossesse, si vous prenez des médicaments ou si vous souffrez d'une maladie.
- Conserver le produit dans un endroit frais et sec. Ne nécessite pas de réfrigération.

**Mode d'emploi:** Prendre une gélule deux fois par jour au moment des repas, avec un grand verre d'eau.

**VITAE**

VITAE HEALTH INNOVATION, S.L.  
C/ Verneda del Congost, 5  
Poligon Industrial El Circuit  
08160 Montmeló - Barcelona (Spain)  
Fabriqué aux Etats-Unis  
**Attention aux client:**  
info@vitaeinternational.com  
www.vitaeinternational.com

**Ingrédients:** Lactobacillus gasseri KS-13, Bifidobacterium bifidum G9-1, Bifidobacterium longum MM-2, complexe enzymatique: protéase, lipase, lactase, amylase. Excipients: Amidon, silicon dioxide. Gélule: gélatine.

Importé par IBERMA.

Zone industrielle, lot149 Had Soualem (Maroc)

Certificat d'enregistrement

au Ministère de la Santé N°: 20201907526/MAV3/DMP/CA/18

Fabriqué par WAKUNAGA of America Co., Ltd.23501

MaderoMission Viejo CA 92691 USA

Lot:

Consommer de préférence avant la fin de: (voir base)

PPC: 209 DH



# ESAC<sup>®</sup>

ésoméprazole

**40**  
**mg**

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



226,00

NUMEROUS  
S.R. 02/24  
V.V. 226DH00