

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 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

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° P19-0049318

180686

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2807 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : Bouitel Hedy Zouhour

Date de naissance : 05/08/1973

Adresse :

Tél. : 0669 078636 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 17/8/2023

Nom et prénom du malade : KABBAS Fatin Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Chape myopathique

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 : Le :/...../.....

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/08/23 | V.F | | 500 |  |
| 27/08/23 | V.F | | 400 DM | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

27-08-23 176,40

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

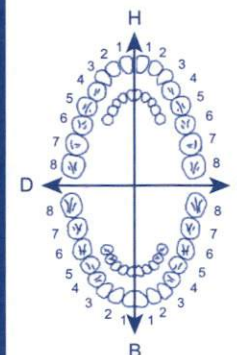
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

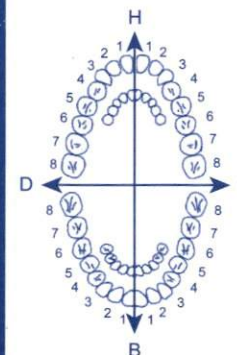
H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

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

CLINIQUE AGDAL FES

México - Chirurgicale



مصحة أكڨال فاس
للقلب والجراحة

Ordonnance

Dr : BERMAN A

Fès, le : 27/8/23

- ☐ Anesthésie - Réanimation
- ☐ Cardiologie
- ☐ Endocrinologie
- ☐ Gastro - Entérologie
- ☐ Gynécologie - Obst
- ☐ Pneumologie
- ☐ Urologie
- ☐ ORL
- ☐ Chirurgie Viscérale
- ☐ Traumatologie
- ☐ Radiologie
- ☐ Pédiatrie

Travaux de laboratoire

PHARMACIE CHIEF
A. BERMAN - FES
Tél : 05 35 93 16 33 - 05 35 93 16 43
Fax : 142019157

51.40 - fepcen mo 7x4/27
44.20 - Difal 2x 27/28/29/30/31
22. - Difal 2x 27/28/29/30/31
58.30 - Difal 2x 27/28/29/30/31
176.40 - Difal 2x 27/28/29/30/31

Clinique Agdal
México - Chirurgicale
Moulay El Kamel Av. Prince Héritier - FES
Tél : 05 35 93 16 33 / 05 35 93 16 42

57140
LOT: 03121004
PER: 12/2024
PVP: 07.12.04

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

22,00

Megasfon[®]

Phloroglucinol

160 mg

LOT : 4324
PER : 05 - 25
P.P.V : 58 DH 30



20

comprimés orodispersibles
voie orale

PHARMAY 5

CLINIQUE AGDAL FES

Médico - Chirurgicale



مصحة أكادال فاس
للقلب والجراحة

Ordonnance

Dr : BERADA

Fès, le : 27/8/23

- ☐ Anesthésie - Réanimation
- ☐ Cardiologie
- ☐ Endocrinologie
- ☐ Gastro - Entérologie
- ☐ Gynécologie - Obst
- ☐ Pneumologie
- ☐ Urologie
- ☐ ORL
- ☐ Chirurgie Viscérale
- ☐ Traumatologie
- ☐ Radiologie
- ☐ Pédiatrie

Moh d'honorar

7 - LABRAT Fuzia

honorar ju BERADA

4000

pour cent de 572

Dr. BERADA
27/8/23
Fès

CLINIQUE AGDAL FES

Médico - Chirurgicale



مصحة أكادال فاس
للقلب والجراحة

Ordonnance

Dr : BERMUDA A

Fès, le : 27/8/13

- ☐ Anesthésie - Réanimation
- ☐ Cardiologie
- ☐ Endocrinologie
- ☐ Gastro - Entérologie
- ☐ Gynécologie - Obst
- ☐ Pneumologie
- ☐ Urologie
- ☐ ORL
- ☐ Chirurgie Viscérale
- ☐ Traumatologie
- ☐ Radiologie
- ☐ Pédiatrie

CONTREINDICATIONS

D'hypertension artérielle

TOURTE KARRAT Foudia

hypertension artérielle

ex chg. et obésité

Néphropathie chronique

la pathologie rénale

Autre pathologie

CLINIQUE AGDAL

MEDICO-CHIRURGICALE
Moulay el Kamel Prince Héritier Fès

F A C T U R E

ICE: 002627895000007

N° : 952 / 2023 du 28/08/2023

| Nom du patient | Modalité de paiement | Période hospitalisation | |
|-------------------|----------------------|-------------------------|----------|
| Mme KABBAJ FOUZIA | Payant | 27/08/23 | 27/08/23 |

| Désignations des prestations | Lettres Clé | Nbre | Prix unitaire | Montant DH |
|------------------------------|-------------|------|---------------|------------|
| FRAIS CLINIQUE | | 1,00 | 500,00 | 500,00 |
| | | | Sous/Total | 500,00 |
| Total clinique | | | | 500,00 |

| | | | | |
|--------------------------------|--|------|------------|--------|
| DR. BERRADA AZIZ (gastrologue) | | 1,00 | 400,00 | 400,00 |
| | | | Sous/Total | 400,00 |
| Total autres prestations | | | | 400,00 |

Arrêtée à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 900,00

CA Clinique Agdal
Médico - Chirurgicale
Moulay El Kamel Av. Prince Héritier - FES
Tél. 05 35 93 16 33 / 05 35 93 16 43