

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

Nº P19-0049318

180686

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2801	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Boulaïd Khalid 18/06/1962	
Date de naissance :		18/06/1962	
Adresse :			
Tél. :		0668.278.636	Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/8/2013

Nom et prénom du malade :

KABBAJ Fakir

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Chapitre 1

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

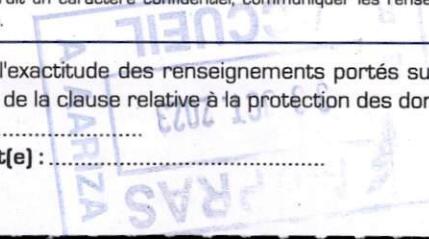
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



#### **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
27/08/23	V.F		500	 Moulay El Kamel Av. Prince Bernier - FES tél. 05 35 93 16 33 / 05 35 93 16 42
27/08/23	V.F		400 DM	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE CHAMI MOHAMED SIDI ABDERRAHMANE - FES TÉL : 05 35 83 05 41 N° : 142019157	27-08-23	176, 40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

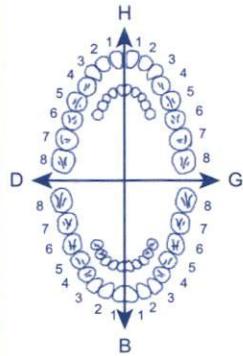
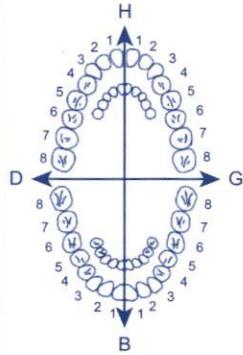
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 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 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[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				



## Ordonnance

Dr :

BERHANA A

Fès, le :

17/8/23

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

رقم : 142019137  
التاريخ : 08/08/2023  
الطب : طب مولاي الكامل  
القسم : قسم الأورام - Fès  
المكتب : مكتب الطبيب

PHARMACIE CHIAE

51,40 - FEPCEM 20 زنك ٢٤/٦

٣٠,٢٥ - Difal ٨٦ زنك ٣٧٠٩٢٢

٢٢,٠٠ - ٠١١٢٧٧٧٧٢٧٢٧٢٧

٥٨,٣٠ - Cl. Agdal ٦٦٢ زنك ٢٧

١٧,٦٠ - Cl. Agdal ٦٦٢ زنك ٢٧

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

**5140**

LOT : 03/2024  
PER : 12/2024  
FP7 : 01.10.04

**DIFAL®**

Biclofénac 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

PHARMAT 5



## Ordonnance

Dr : BERRADA AFès, le : 27/8/23

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

Mot d'honoratI - KABRAJ Fazizhonorat jn BERRADA A :400DHPorter cont Dr S. R.



## Ordonnance

Dr : BERHAG A

Fès, le : 27/8/13

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

CompteneurObjetifTour de tatouage fœtalehypothèse pour l'origine tumoraleDr.en clé p. + d'origine CibyNephropathie de la tumeur fœtalele p. Dystrophie myopathique +hémangiome élastomégalie =) à laanévrisme

# 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

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