



6 exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, orthodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi effectués en série.

déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

icaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être médicale pour toute demande de remboursement.

médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

meilleur prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

nt, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.
ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est

ébut de traitement.

inté à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

ongue Durée ALD et ALC :

adie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV:39DH80
PER: 09/26
LOT: M2666

Laroxyl® 40 mg/ml

Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml

6 118001 040407

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° W21-829203

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10012

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN MOUMEN MASSIER

Date de naissance : 02/02/1972

Adresse : Appt 8 Immeuble 28 résidence Jardins de Sures Hay notame di Agadir Maroc
Tél. : +212 661417174 Total des frais engagés : 543,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2024

Nom et prénom du malade : Marzhari Kalima

Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Epigastralgies

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 : Carap

Le : 03/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-829203

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
03/01/2020	CS	302dko	150	INP : 091250274 Zahra KHARBACHI Centre d'acupuncture et

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Angèle B Montmartre 1884 Rue Montmartre Tél. 01 53 88 42 204, 00 33, 80 DH
ARMERIA DES MAUSOLEES Pharmacie des Mausolées 10, rue de l'Amiral Charcot 75017 Paris Tél. 01 53 88 42 00 Fax 01 53 88 42 01	03/01/24 03/01/2024	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* 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 de l'ODF

0.D.F DETERMINATION DU COEFFICIENT
PROTHESES DENTAIRES MASTICATOIRE

		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		MONTANTS DES SOINS															
		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Lauréate de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Ancien médecin en Unité de Proctologie de l'Hôpital Saint Joseph - Paris
- Diplômée en proctologie - Rennes
- Diplômée en pathologie fonctionnelle digestive - Lyon
- Diplômée en maladie inflammatoire chronique de l'intestin - Lille

ORDONNANCE

Casablanca le,

03/01/2024

Maynou Karmia

T = 39.8

39,8

S.V

S.V

AB 91/pe.
6-35

1) Paroxyl gouttes

5 gouttes le soir au couché pendant 05 jours puis
10 gouttes pendant 05 jours puis 15 gouttes pendant 1 Mois

le soir au couché (à mélanger avec de l'eau)

82,10 x 2 = 164,20

2) Inexum

20 mg

S.V

pendant 2 semaines (15 min)

à 30 min avant les repas

2 = 164,20

PHARMACIE DES MAUSOU

Dr. SLEIMASSI

39, Rue Mausou, Casablanca

Casa - Tél: 05 22 86 28

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI
Hepato-Gastro-enterologue
et Proctologue
Rue Rachati, Imm. N 3, 2ème étage bureau N 50 - Casablanca
Tél: 05 20 88 88 55 - E-mail: kharbachi.fatimazahra@gmail.com