

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.

Radioologie 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-715856

AS2112

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 01407

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KETTANI SISSI HAMID

Date de naissance : 19.04.1950

Adresse : 98 RUE MIMOUZ APP 23 HAY ARRABIA

Tél. : 0611220765

Total des frais engagés : 514,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30.03.23

Nom et prénom du malade : Naima El Alaiwi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Géosallal

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 : TANGER

Le : 20/03/2023

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
30.3.23	C.S	1	6.0.0 dh	INP : 1111215706111 DR KADIR MOHAMMED SPECIALISTE EN CHIRURGIE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPÉDIE Tél : 05277888778

EXECUTION DES ORDONNANCES



Date

Montant de la Facture

20/3/23

124,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUX'LIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

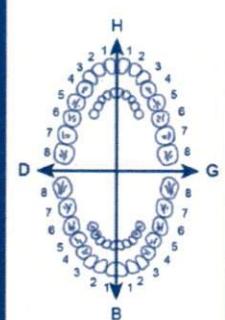
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [REDACTED]
				Coefficient des Travaux [REDACTED]
				Montants des Soins [REDACTED]
				Début d'Execution [REDACTED]
				Fin d'Execution [REDACTED]
				Coefficient des Travaux [REDACTED]
				Montants des Soins [REDACTED]
				Date du Devis [REDACTED]
				Date de l'Execution [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

Dr .KADIRI MOHAMMED

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste

Ancien Chirurgien Traumatologue à
CHU Cheikh Zaid à Rabat - Hôpital Delafontaine à Paris
Hôpital Militaire à Rabat - CHU Avicenne à Rabat



- DIU de Médecine de Sport - Paris Descartes

- DIU de Chirurgie du Genou - Paris Crétieil

- DIU de Chirurgie de l'Epaule et du Coude - Strasbourg

- DIU de Chirurgie de la Main - Strasbourg

- DU de Chirurgie Arthoscopique - Rabat

- DU d'Oncologie Osseuse - Rabat



Tanger le :30/03/2023

22.00



Mme EL HARAICHI NAIMA

1) EUCARBONE (1 Boite)

1 cp matin et soir

46.00 x 2 = 92.00

2) DIGESTINE (2 Boite)

1 gel le matin 20 min avant repas (1 BT)



Dr KADIRI Mohammed
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Microchirurgie
31 Rue Allal Ben Abdellah Tanger
Gsm : 0777 888 778

Email : drmaohammedkadiri@gmail.com

Tél : 05 31 03 08 88 - Gsm : 07 77 88 87 78 - adresse : Chellah Medical Center - 31, Rue Allal ben Abdellah, 2^{ème} Etage N° 13 - Tanger

الدكتور القادري محمد

أخصائي في أمراض جراحة العظام و المفاصل

طبيب سايف بالمستشفى الجامعي الشيف زايد بالرباط

و المستشفى الفرنسي بباريس Delafontaine بباريس

المستشفى العسكري بالرباط و المستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

دبلوم الجراحة الرياضية بالجامعات الفرنسية

دبلوم في جراحة الركبة بالجامعات الفرنسية

دبلوم في جراحة الكتف و المرفق بالجامعات الفرنسية

دبلوم في جراحة اليد بالجامعات الفرنسية

دبلوم في الجراحة بالمنظار - الرباط

دبلوم في أورام العظام - الرباط

à des taux plasmatiques voisins de ceux obtenus après habituelle de 3 x 10 mg par jour de chlorhydrate administré repas du matin, du midi et du soir.

Indications.

- traitement symptomatique des nausées et vomissements d'origines diverses et en particulier provoqués par les tuberculostatiques, les cytostatiques, la radiothérapie et l'anesthésie,
- pesanteur et ballonnement épigastrique suite à un ralenti de l'évacuation gastrique,
- troubles digestifs psycho-somatiques,
- dyspepsie,
- spasmes du pylore,
- reflux oesophagien,
- hiccups.

222732
0846
1000
ADM



à des taux plasmatiques voisins de ceux obtenus après habituelle de 3 x 10 mg par jour de chlorhydrate administré repas du matin, du midi et du soir.

Indications.

- traitement symptomatique des nausées et vomissements d'origines diverses et en particulier provoqués par les tuberculostatiques, les cytostatiques, la radiothérapie et l'anesthésie,
- pesanteur et ballonnement épigastrique suite à un ralenti de l'évacuation gastrique,
- troubles digestifs psycho-somatiques,
- dyspepsie,
- spasmes du pylore,
- reflux oesophagien,
- hiccups.

222732
0846
1000
ADM



تأثير العلاج على القدرة على المسماقة أو استعمال الأدلة

يحتوي هذا الدواء على السكرور. لا ينصح باستخدامه عند المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفريكتور. متلزمة سوء امتصاص الكليكور والجلوكوز أو نقص في إسوسكريبيس/إيزومالز (الدمراس الورائية النادرة).

3.3. كييف يستعمل دواء أوكاربون لتعليمات للسداد السليم

الجرعة، طريقة، تردد أخذ الدواء ومدة العلاج:

قراءتها من جديد.
و معلومة أخرى.
والدظام بأخذ آثار جانبية
و الصيدلي بها أو

سال لم تشعروا بأي تدمسن أو إذا كنتم نشمرون

جنب **بعد** **الاستعمال**

الخدمات ذات الصلة بالمستخدم

• 5

ପରିପରା