

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-605944

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12957	Société :	PAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Talika BENNANE			
Date de naissance : 19/10/1987			
Adresse :			
Tél. : 2189 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 15/01/2024	
Nom et prénom du malade : Dr. A.H.JAWAD	
Lien de parenté : Lui-même	
Nature de la maladie : Spondylolisthesis	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 JAN 2024	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 22 JAN 2024  
 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
15/11/2024	Vitamine	200		INPE 091011999 INPE 091011999

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 091011999	15/11/2024	286,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

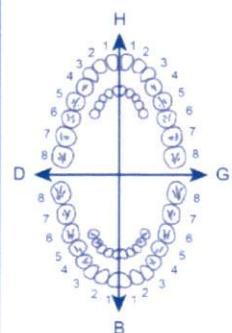
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

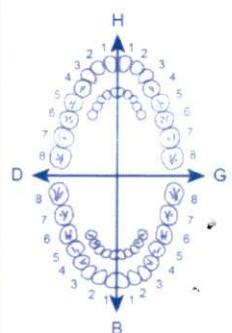
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	
B		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ~~-SPRAY~~

Pr  
LOT : 170823  
OR  
PER : 08/2026  
PPC : 55,00DH

effi  
niv  
la p  
Utili  
SE bros.

ne pour le soin buccale,

es et longiques au

de la gorge grâce à

bouche avant utilisation.

Tenir le flacon vertical et effectuer 1 ou 2 pulvérisations dans la bouche ou directement dans la gorge 4 fois par jour.

## Précautions d'emploi :

Ne pas avaler et tenir hors de portée des enfants.

Eviter le contact avec les yeux. Réservé à l'adulte et l'enfant de plus de 6ans.

A conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité et à température ambiante.

## LISTE INCI :

Aqua, Glycerin, Peg40- Hydrogenated Castor Oil, Methyl Salicylate, Sodium Lauryl Sulfate

Peppermint (Mentha Piperita) Essential Oil, Eugenia Caryophyllus Bud Essential Oil

Menthyl, Potassium Sorbate, Sodium Benzoate.

Fabriqué par :

PHARMA SPECTRA COSMETICS  
205 BD MOHAMED BOUZIANE  
RES FARHATINE 11, N° 03  
CASABLANCA - MAROC

Distribution exclusive par :



NM ISO 22716 - 2012



NM ISO 22716 - 2012



Dr. JAWAD HOUSSAINI AL-AQI

**MEDECIN EXPERT ASSERMENTÉ  
PRES DES TRIBUNAUX**

## ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



الدكتور جواهـر حسينـي عـراقي

طبيب خبير محلل لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حائز على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بسترايسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث  
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

## Casablanca, le :

15 1 24

87.30

~~M. Bonnami Molik~~  
Mo N. 25clm



# Category C

$$\frac{y}{x} \neq y$$



122،شارع أفغانستان، الحي الحسني - الدار البيضاء 20230 - العنادة : 0522 90 31 01 / 0522 90 36 95 . البريد الإلكتروني : dr\_arraqijawad@hotmail.com

imprimés) par jour en 1 prise pendant.....jours.

..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعه واحدة خلال.....  
..... Traitement débuté le.....

Lot:  
Fab:  
Exp:

1173586  
08-2022  
07-2025

حصہ رقم  
صلح میں

三

6 118001 183821

Maphar  
Km 10 route côtière 111  
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca  
Maroc

LOT 221633  
EXP 08/2024  
PPV 144.50DH