

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-485815

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24811**

Matricule : **8813** Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **Amaddah Abdelouahab**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. **06 61 21 874** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. M. EZZAHRAOUI**
Gynécologue - Obstétricien - Chirurgien
111, Rue Sebta Casablanca - Anfa

Date de consultation : **30/01/2020**

Nom et prénom du malade : **Amaddah Abdelouahab** Age :

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

Nature de la maladie : **Enfant en gynéco**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : **12 MARS 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL SIEGE RAM**

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
03.01.20	CS		200	INPE 09106259 Soussa Ezahracul Obstétricien Cancers

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

INP : 091062596

Jr. Moussa Ezahraoui
Gynécologue-Obstétricien,
Chirurgie des Cancers
Gynécologiques et Mammaires

[illegible]

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES		
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
		Montant des Honoraires
	03-1-20	2 23,10

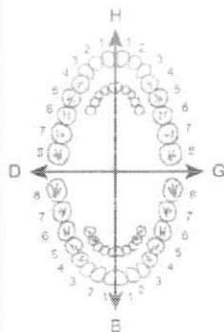
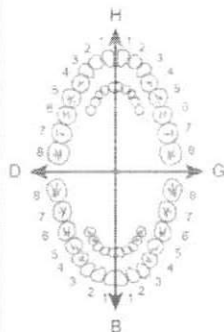
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Gynécologie Obstétrique et de la Reproduction

Docteur Moussa EZZAHRAOUI

Gynécologue-Obstétricien-Chirurgien
Chirurgie des Cancers Gynécologiques
Chirurgie Mammaire Esthétique et Reconstructrice
Chirurgie des Prolapsus
Diplômé de la faculté de Médecine de Tours (France)
Ancien Médecin Attaché à la Clinique d'Oncologie et de
Radiothérapie du C.H.U de Tours
Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de France
Ancien Praticien Hospitalier
Diplômé en :
Chirurgie Mammaire Cancerologie et Esthétique
Endoscopie Diagnostique et Chirurgicale
Echographie Doppler Pulsé de Gynéco-Obstétrique et de Reproduction
Procréation Médicalement Assistée (Fécondation in vitro)
Urodynamique-Colposcopie-Laser

الدكتور موسى الزهراوي

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد والجراحة
خريج كلية الطب بتور فرنسا
طبيب ملحق سابقا
بمصلحة الأكلوجيا
بالمركز الصحي الجامعي بتور
طبيب اختصاصي سابقا
بالمستشفيات الفرنسية
حاصل على دبلوم:
الجراحة المتعلقة
بأمراض النساء والتوليد
جراحة الثدي الأكلوجية والتجميلية
تشخيص بالمنظار الداخلي
الجراحة بمساعدة الفيديو كأميركا
الفحص بالأمواج الصوتية
عقم الزوجين

20-01-2003

AMMAN Al Khadija

35,40

1 - 2 rue fleur 1ro 45

43,50

2 - my arter cur

84,20

3 - Webto sterv 2 1/2

223,10

36/11

Dr. Moussa EZZAHRAOUI
Gynécologue-Obstétricien
Chirurgie des Cancers
Gynécologiques et Mammaires

150 ملغ

كنفلوكان

فلوكونازول

• مضاد للفطريات

LOT : 5798
UT. AV : 01 - 20
P.P.V : 95 DH 40

كبسولات
عن طريق الفم



LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما 5



Solution 30 ml

MYCOSTER 1%

maphar
Km 10, route côtière 111,
quartier industriel, Zenata, Ain Sebââ
Casablanca - Maroc
Rachid Lamrini, Pharmacien Responsable

Pierre Fabre



يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال

avant utilisation

Lire attentivement la notice intérieure

يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

43.50





Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant

JAB6J00
02-2019
01-2021

Batch :/Mfg.Date/Exp:

Kétoderm® 2% gel en sachet



Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie : ____ sachet ____ fois par ____

A conserver à une température
ne dépassant pas 25° C

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Al Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH
S 118001 181490



Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants.

Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant

© J-C 2018

