

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

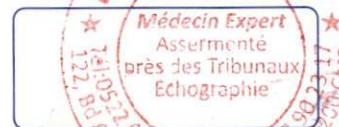
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1578DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRA

Date de consultation : 27/1/2017

Nom et prénom du malade : EZZAKI MIMI Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 29/1/2017

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
27/11/2011	Vxm	200 M		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 4x4 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is centered at the origin (0,0) of a coordinate system. The horizontal axis is labeled 'D' to the left and 'G' to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'S' at the bottom. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: H (top), 1, 2, 1, 2
- Row 2: 3, 2, 4, 3
- Row 3: 5, 6, 7, 8
- Row 4: 8, 7, 6, 5
- Row 5: 5, 6, 7, 8
- Row 6: 8, 7, 6, 5
- Row 7: 7, 8, 6, 5
- Row 8: S (bottom), 1, 2, 1, 2

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS DES COINS

DATE DU
DEVIS

Dr JAWAD HOUSSAINI ARAQI

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 جواد حسيني عراقي

لفحص بالصدى

حائز على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

Casablanca, le

24th ⁱⁿ Jan

Ezzaki M's

169.80

~~Specs~~

18802/5 AF 6

PHARMACIE GHALLE
V. M. EL KADRI AGUEDACH *Lia laia*
Docteur en Pharmacie
121, Rue Jibr Al Ansari - Dern Ghalle
Tel. (05) 22 25 28 51

1 year

174.90 3) Lotus x 6y. (2)
22
83.70 4) Do not eat 0.1 (2)

Sti Line C1

56,60

Metformin

100 x5

117,81

141

LOT : 20E009
PER. : 05/2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 9MA049
PER. : 01/2022
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 20E011
PER. : 05/2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000Uantixa Inj b2
P.P.V : 174,90 DH
6 118001 080458

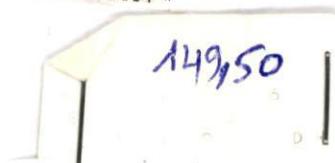
LOT : 20E010
PER. : 05/2023
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134

LOT : 9MA038
PER. : 11/2021
METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
6 118000 062134



LOT : 9MA034
PER. : 01/2023
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000Uantixa Inj b2
P.P.V : 174,90 DH
6 118001 080458



149,50

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83 70 DH
632804
118001 140237

Voie orale.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**



Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer, et sans
contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83 70 DH
632804
118001 140237

Voie orale.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer, et sans
contraception efficace
- la femme enceinte
sauf en l'absence d'alternative
thérapeutique