

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° W21-603466

Par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03508 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDELLAH

Date de naissance : 30/06/1950

Adresse : RUE 508 N° 17 ERAC AGADIR

Tél. : 0666653121 Total des frais engagés : 316,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. RACHID BEN MATHOUPDISTE
Imme Marhaba Angle Rd. Md. Ch. Saâdi
et Av. 29 Février 2011 El Jadida 58 000
Tél: 05 28 84 87 47 00 00 58 00

MUPRAS
ACCUEIL
FINIA

26 JUIL 2021

Date de consultation : 23/06/2021

Nom et prénom du malade : EL YAZIDI ABDELLAH Age : 30 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint C. Enfant

Nature de la maladie : Douleur poitrine Gauche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : NON

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 : AGADIR Le : 23/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : EL YAZIDI ABDELLAH

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
23.05.21	Consultation		€ 100,00	INSTITUT RACHID AL BAZ Immeuble MATHOLOU - 101010 PEDICSTE et Av. 29 Février 2011 - Village Talibout - Cheikh Saadi Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 57 58 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/06/2021	316,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
<p>H 1 2 3 4 5 6 7 8 D 8 7 6 5 4 3 2 1 G 1 2 3 4 5 6 7 8 B 8 7 6 5 4 3 2 1</p>				Montants des soins <input type="text"/>												
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B			Date du devis <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
B																
				Date de l'exécution <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL BAZ Rachid

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE

Diplôme de l'Université de Nice Sophia-Antipolis (France)

Diplôme en Chirurgie de la main (Nice - France)

Diplôme en Traumatologie du sport (Nice - France)

Chirurgie Prothétique

Ex. Chirurgien à l'Hôpital Hassan II d'Agadir

Ex. Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

الدكتور الباز رشيد

إخلاصي في جراحة العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

جراحة اليد

الجراحة و الطب الرياضي

المفاصل الإصططناعية

جراح سابق بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

جراح سابق بمصحة الضمان الاجتماعي بأكادير



Agadir le : 23/06/14 أكادير في :

Dr. RACHID EL BAZ

169,00

② Dolux 90

161

149,00

49,00

③ Antibol

Dr. RACHID EL BAZ

Dr. RACHID EL BAZ

158,00



Dr. RACHID EL BAZ

TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE

Imm. Marhaba, Angle Bd. Cheikh Saâdi

et Av. 29 Février 2ème étage Talborjt - AGADIR

Tél: 05 28 84 84 92 / 08 08 37 58 48

إقامة مرحبا الطابق الثاني زاوية شارع محمد الشيخ السعدي و شارع 29 فبراير * أكادير الهاتف : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48

Imm. Marhaba 2 ème étage, Angle Bd. Med Cheikh Saadi et Av. 29 Février * Talborjt * Agadir

Tél. : 05 28 84 84 92 - 08 08 37 58 48 - Sur Rendez vous - باللوعد

52,80

oldy 20



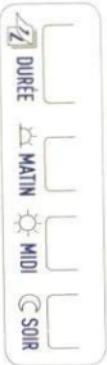
316,60

~ gette S

Dr. RACHID BEL BAZ
ORTHOPÉDISTE
TRAUMATOLOGISTE
Imr. Mameta, Hôpital d. Med. Cheikh Saâdi
et Ay 29 rue Farer 2 El Ghe Tafsojt - AGADIR
Tél: 05 24 84 84 92 / 06 06 37 58 48



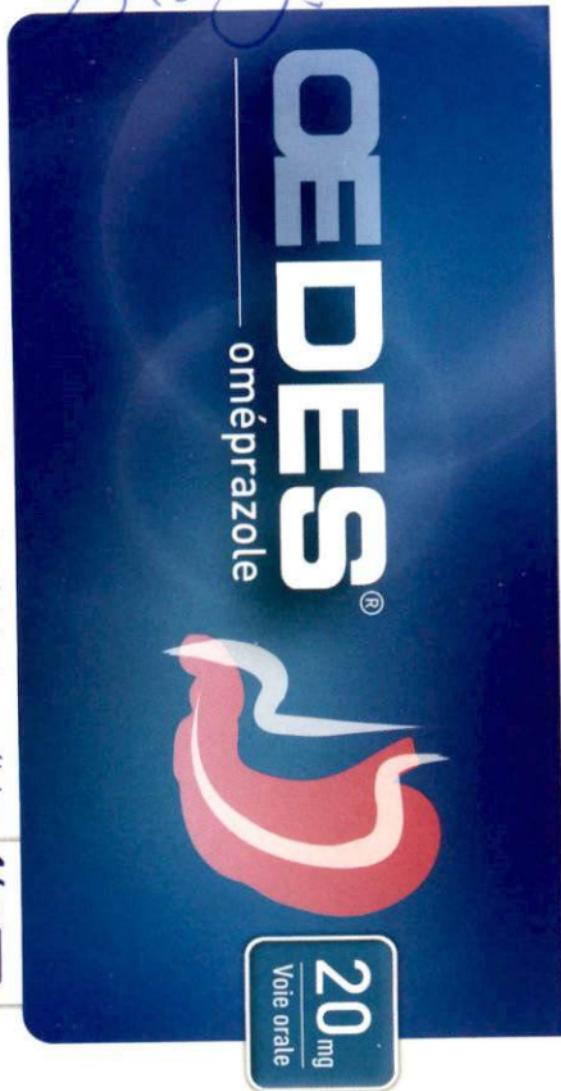
LOT 191342
EXP 04/2022
PPV 52.80DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

14 X 2

COOPER
PHARMA





Relaxe

Apaise

Tube 60 gr

PPC : 79,00 DH

Lot : 200803

Date de péremption :
08/2023



INGREDIENTS :

Aqua, Methyl salicylate, C12-13 Pareth-9, Glycerin, Alcohol Denat., Camphor, Menthol, Acrylates/C10-30 Alkyl Acrylate Crosspolymer, PRUNUS AMYGDALUS DULCIS OIL, Dehydroacetic Acid, Benzyl Alcohol, Rosmarinus officinalis leaf oil, Thymus vulgaris flower/leaf oil, Eucalyptus globulus leaf oil.

Distribué par :

BLS Pharma sarl

N° 29 Appt N° 01 Lotissement Al Inbiaat 2
Meknès Maroc.

Fabriqué au Maroc



Pe 60gr

Etoricoxib

DOLICOX® 90 mg

14 Comprimés pelliculés

DOLICOX® 90 mg
Etoricoxib

14 Comprimés pelliculés

bottu/a

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

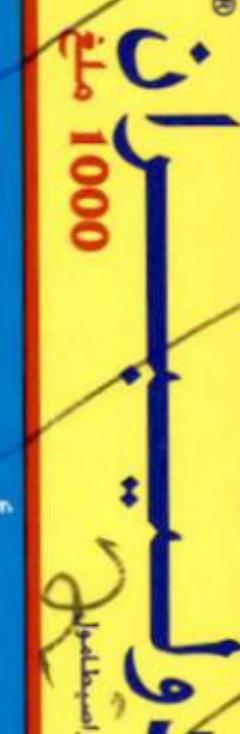
b

voie orale

PPV : 169DH00
PER : 03/24
LOT : K764-2

ملبغ
1000

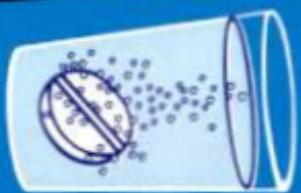
باراسيطامول®



الكبار
ابتداءاً من
15 سنة

15/80

V 150 H 80
RBT 001 K 614
RBL



Adulte
à partir de
15 ans

Composition :
Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p pour 1 comprimé effervescent.
Mode et voie d'administration : Voie orale.
Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
Boire immédiatement après.
Indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans.
Posologie : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, jusqu'à 8 comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures entre 2 prises.

Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois
et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour