

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.

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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W21-663766

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12952 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 176962

Nom & Prénom : ALEKA BENMANS

Date de naissance : 19/10/1989

Adresse :

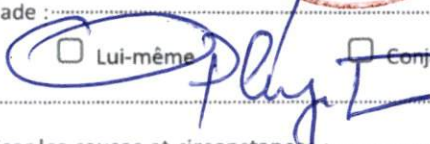
Tél. : 062 10 49 86 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 26 / 09 / 2019

Nom et prénom du malade :  Age : 23

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

Nature de la maladie :

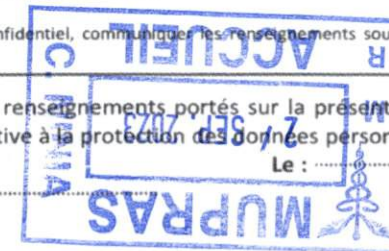
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 Frais
26/9/83	Mm		200 M	INPE : 09-10-1989

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26.09.2023	121,10

[illegible]

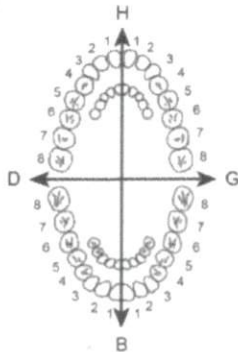
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						
						
						
						
						

VOLET ADHERENT

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

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

[illegible]

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
 The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the midline outwards on each side. The vertical axis is labeled H at the top and B at the bottom. The horizontal axis is labeled D on the left and G on the right.	H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> B	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



المستعجلات
Urgences
06 61 14 44 02

الدكتور جواد حسييني عراقي

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حائز على دبلوم الفحص بالصدى

من كلية الطب بـستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث

في الخصوبة ووسائل منع الحمل



Casablanca, le :

26/9/23

M Bounan, M44K9

Mo No 2 SV La



Cs T A nyl
1 1 1

T = R P O N 109 30x

T = 121, 10



primé(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.

Traitement débuté le.....

..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال

..... يبدأ العلاج بتاريخ

MONOZECLAR® 500mg

Boîte de 5 COM PEL

P.P.V.: 87,30 DH



6 118001 183821

Maphar

Km 10, route côtière 111

QI-Zenata, Ain Sebaa, Casablanca

Magoc

23,60





CETAMYL

Paracétamol

Formes orales

Comprimés sécables boîte de 20

Comprimés effervescents boîte de 16

Poudre pour suspension buvable en sachets boîte de 12

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

-Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

-Adressez vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.

-Si vous ressentez l'un des effets indésirables, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice.

-Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien après 3 jours en cas de fièvre ou 5 jours en cas de douleurs.

Que contient cette notice :

1. QU'EST-CE QUE CETAMYL® 500 mg , ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?
3. COMMENT PRENDRE CETAMYL® 500 mg ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CETAMYL® 500 mg ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. Qu'est ce que CETAMYL 500 mg ® et dans quel cas est-il utilisé ?

CETAMYL 500mg® à base de paracétamol est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).

CETAMYL 500mg® n'exerce aucune action agressive au niveau de la muqueuse gastrique et peut être utilisé chez les ulcéreux.

CETAMYL 500mg® est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CETAMYL 500mg®

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Ne prenez jamais CETAMYL 500mg® en cas de :

- Allergie au paracétamol ou à l'un des autres composants.

- Insuffisance hépatocellulaire ou maladie grave du foie.

Faites attention, CETAMYL 500mg® comprimés est contre indiqué chez l'enfant de moins de 6 ans, en raison du risque de fausse-route.

En raison de la présence d'un sucre, CETAMYL 500mg® comprimés est contre indiqué en cas de diabète sucré.