

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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0042209

ND: 28813

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LABDAA Med.

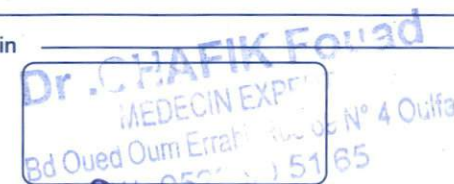
Date de naissance : 1941

Adresse : Hay ELALIA Rue 3 N°28 Oulfa Casa.

Tél. : 06 65 32 84 66 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/20

Nom et prénom du malade : LABDAA Khouloud Age :

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

Nature de la maladie : Diabète 2 type

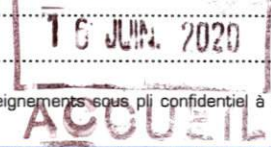
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

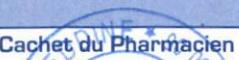
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

6/3/80 9 1000H

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/20	1170,30

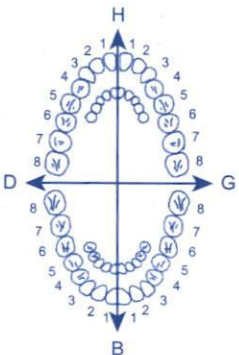
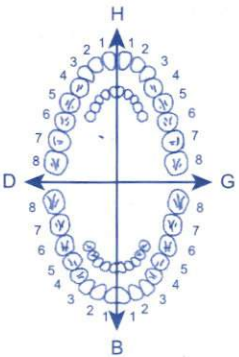
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

RELÈVE 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H G </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">D</td> <td style="padding: 2px 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

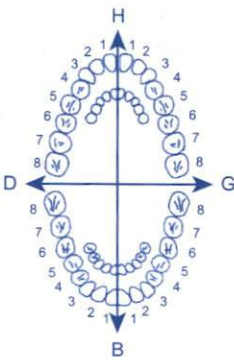
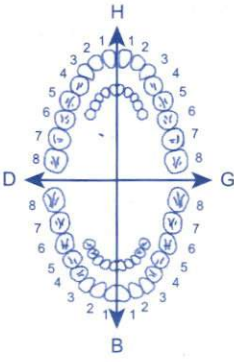
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair and views the screen through a video camera. The screen displays a target (a red dot) and a starting point (a black dot). The subject's hand is positioned at the starting point. The distance between the starting point and the target is 10 cm. The subject is instructed to move the hand from the starting point to the target. The video camera records the hand's movement and the screen displays the hand's position in real time. The screen also displays a scale bar indicating the distance between the starting point and the target.

Figure 1. A schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair and views the screen through a video camera. The screen displays a target (a red dot) and a starting point (a black dot). The subject's hand is positioned at the starting point. The distance between the starting point and the target is 10 cm. The subject is instructed to move the hand from the starting point to the target. The video camera records the hand's movement and the screen displays the hand's position in real time. The screen also displays a scale bar indicating the distance between the starting point and the target.

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم
خريج جامعة مونبيلي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 06/03/20

CASDAA Khodja

26,90x3

- Odra 1mf



158,40x3

- Odra 10



23,80x3

- Kardyl 100



100,00x3

- Fibrocard 180



81,00x3

- Fibrocard 180



Traitement de 3ms



170,30



30 comprimés

odia® 1 mg
Glimepiride

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26,90

أوفيا
جليمبيريد



<input type="checkbox"/>	البلد
<input type="checkbox"/>	صباح
<input type="checkbox"/>	منتصف النهار
<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	قبل
<input type="checkbox"/>	بعد

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP

Remboursable AMO



6 118000 022015





30 comprimés

odia® 1 mg
Glimepiride

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26,90

أوفيا
جليمبيريد



<input type="checkbox"/>	البلد	<input type="checkbox"/>	صباح	<input type="checkbox"/>	متوسط	<input type="checkbox"/>	مساء	<input type="checkbox"/>	قبل	<input type="checkbox"/>	بعد

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP

Remboursable AMO



6 118000 022015





30 comprimés

odia® 1 mg
Glimepiride

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 90

26,90

أوفيا
جليمبيريد



<input type="checkbox"/>	البلد	<input type="checkbox"/>	صباح	<input type="checkbox"/>	متوسط	<input type="checkbox"/>	مساء	<input type="checkbox"/>	قبل	<input type="checkbox"/>	بعد

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113 DMP/21/NNP

Remboursable AMO



6 118000 022015



Fibrocard® 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
Minigranules
AMIL

Voie Orale

LOT
EXP
PPV
F29/A 2
06 2022
81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules

Remboursable AMO



6 118001 070701



Fibrocard® 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
Minigranules
AMIL

Voie Orale

LOT
EXP
PPV
F29/A 2
06 2022
81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules

Remboursable AMO



6 118001 070701



Fibrocard® 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
Minigranules
AMIL

Voie Orale

LOT
EXP
PPV
F29/A 2
06 2022
81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules

Remboursable AMO



6 118001 070701



Fibrocard® 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
Minigranules
AMIL

Voie Orale

LOT
EXP
PPV
F29/A 2
06 2022
81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules

Remboursable AMO



6 118001 070701



Fibrocard® 240 mg

CHLORHYDRAT DE VERA
Minigranules
AMIL

Voie Orale

LOT
EXP
PPV
F29/A 2
06 2022
81.00 DH

FIBROCARD 240 mg
30 gélules

Remboursable AMO



6 118001 070701





Olmotec®

10 mg

Comprimé pelliculé

Olmésartan médoxomil

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تَقْبِد تَمَامًا بِالْجُرْعَاتِ الْمَوْصُوفَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

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

لا يترك في متناول الأطفال و لا على مرأى منهم



OLMETEC® 10 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
AMINA DAOUDI
PPV: 158,40 DH





Olmotec®

10 mg

Comprimé pelliculé

Olmésartan médoxomil

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تَقْبِد تَمَامًا بِالْجُرْعَاتِ الْمَوْصُوفَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

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

لا يترك في متناول الأطفال و لا على مرأى منهم



OLMETEC® 10 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
AMINA DAOUDI
PPV: 158,40 DH





Olmotec®

10 mg

Comprimé pelliculé

Olmésartan médoxomil

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

تَقْبِد تَمَامًا بِالْجُرْعَاتِ الْمَوْصُوفَةِ

Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

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

لا يترك في متناول الأطفال و لا على مرأى منهم



OLMETEC® 10 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
AMINA DAOUDI
PPV: 158,40 DH



LAPORHAN
11-65



وزارة الصحة
جمهورية العراق

30

30 قرص
160 ملج

حاصل من استيراد

استاديل

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 1

LAPORHAN
11-65



وزارة الصحة
جمهورية العراق

30

30 قرص
160 ملج

حاصل من استيراد

استاديل

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 1

LAPORHAN
11-65



وزارة الصحة
جمهورية العراق

30

30 قرص
160 ملج

حاصل من استيراد

استاديل

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés
dispersibles

PPV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 1