

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-459740

39858

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LABDA A Med

Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : 14a/ El Alia Rue 3 n° 28 El oufia casa

Tél. : 0665 328 466 Total des frais engagés : 1581,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr CHAFIK FOUD

MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oum Errabia Rue 39 N° 4 Oulfa
Tel: 0522 84 51 65

Date de consultation : 05/09/2010

Nom et prénom du malade : Dr. ABDAAI Roudya Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. ABDAAI Roudya

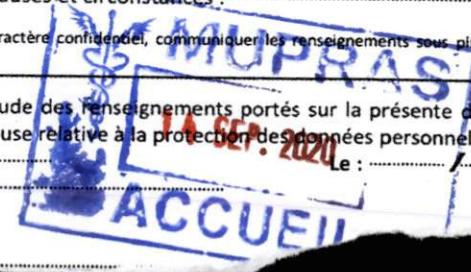
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11/09/2010

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
07/09/09	09		10000	INP : <input type="text"/> Dr. CHAFIK FOULI MEDECIN EXPERT BUREAU DENTAL : 0552 225185 N° 4 Quatre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09	1481
	06/09	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

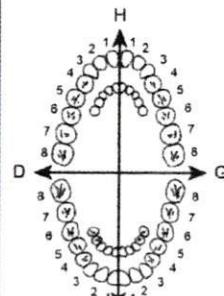
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
		1	1	1	1	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

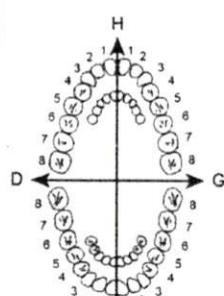
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES



DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

EXPERT ASSERMENTÉ PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

خبرير محلف لدى المحاكم
 خريج جامعة مونبليي 1
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 05/09/20

252,00 x 8

CARDAK kloofje

- Dunatec

18

23,80 x 3

S

- AKKADYL 160

18

100,00 x 3

C C 4

- Filacord 180

18

81,00 x 3

V V 7

18

94,10 x 3

D. D. 4

- Deltakine

18

26,90 x 3

V V 8

- Odia 180

18

Takine

de

Sharm wad Am zribi, Zinqa 69 - RQ 45 - Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء

Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1^{er} étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: Cab. 05 22 90 51 65

Dr. CHAFIK FOUD

SD Oued OUM ERRABII

99 N°4 Oulfa

Tél.: 05 22 90 51 65

EXPERT

Dr. CHAFIK FOUD

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 9D013 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 9D013 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 9D013 2



6 118001 101214

OLMETEC® 20 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
AMINA DAOUDI
PPV: 252,00 DH



6 118001 101214

OLMETEC® 20 mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed DIOURI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
AMINA DAOUDI
PPV: 252,00 DH

Tanko

CV 3

Dr. CHAFIK FOUISSI
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oun Errat - Casablanca N° 4 Oulfa
Tél. 0522 51 65



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Depakine 500mg cp gr b 40
P.P.V : 94,10 DH



6 118001 081066

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Depakine 500mg cp gr b 40
P.P.V : 94,10 DH



6 118001 081066

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Depakine 500mg cp gr b 40
P.P.V : 94,10 DH



6 118001 081066

LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 9.0

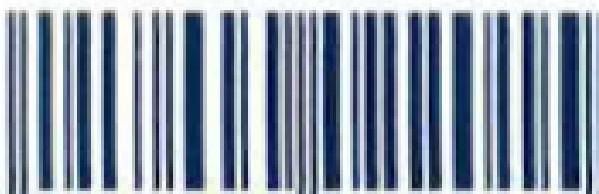
أَنْجَى



ODIA® 1 mg
30 comprimés
AMM N° 113 DMP/21/NNP



Ramkumar@AMC



6118000022015



LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 9.0

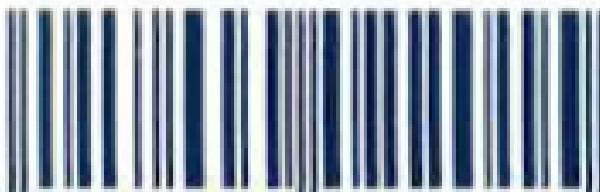
أَنْجَى



ODIA® 1 mg
30 comprimés
AMM N° 113 DMP/21/NNP



Parlamentarische Amt



6"118000"022015



LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 9.0

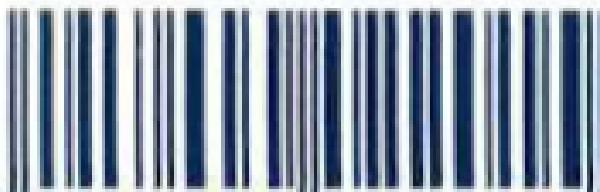
أَنْجَى



ODIA® 1 mg
30 comprimés
AMM N° 113 DMP/21/NNP



Parallelogram ABC



6"118000"022015



Fibrocard[®] 240 mg



CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19123/B 1

EXP 09 2023

PPV 81.00 DH

Fibrocard[®] 240 mg



CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19123/B 1

EXP 09 2023

PPV 81.00 DH

Fibrocard[®] 240 mg



CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19123/B 1

EXP 09 2023

PPV 81.00 DH

Fibrocard® 180 mg



Réimboursable AMM



Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 19C06 2

EXP 03 2023

PPV 100.00 DH

Fibrocard® 180 mg



CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2

EXP 03 2023

PPV 100.00 DH

Fibrocard® 180 mg



Réimboursable AMM



Voie Orale

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 19C06 2

EXP 03 2023

PPV 100.00 DH