

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

- 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 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

M22- 0014954

Maladie Dentaire Optique **138405** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1679** Société : **Royal Air Maroc**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **AKKAZENE Mohamed**
 Date de naissance : **01.01.1954**
 Adresse : **lotissement Salira rue 8 n° 1**
Aïn Chok - Cas
 Tél. : **0667164605** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : **09/11/2022**
 Nom et prénom du malade : **ZOUAGHA Nasser** Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Rhumatologie**
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : **Cas** Le : **09/11/2022**
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RÉLEVÉ 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
09/11/22	Actes	1	603,80	Dr. Itham BENNANI Rhinologue Nutritionniste 401, Bd Al Fakhri, Résidence Fakhri - Casablanca 1 ^{er} étage, 2177 - Casablanca Tél: 05 22 50 69 69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Oued El Makhazine Mohamed Amine BENNANI Docteur en Pharmacie Lot Oued El Makhazine, Inceps, Casablanca Tél: 05 22 52 78 78 - E-mail: benmani.dr@gmail.com	09/11/22 INP	603,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

الدكتورة إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
و المفاصل

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (لياج - بلجيكا)
التغذية

Casablanca le: 09/11/2022.....

MME ZOUGAGH NASSERA



N. Zougagh

3980

Laroxyl 40 mg / ml - solution buvable en gouttes
7 GOUTTES PAR JOUR 1 mois et demi PUIS 5 GOUTTES
PAR JOUR 1 mois et demi

18800

• Piascledine 300 mg - gélule
1 Gélule, midi, pendant 3 mois

X3=56400

• Divido 75mg - gélule
1 gel*2 par jour au besoin



T= 603.80

INP

082046754

Pharmacie Oued EL Makhazine
Mohamed Amine BENNANI
Docteur en Pharmacie
1, Lot Oued El Makhazine - Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 52 70 11 - E-mail: bennani.dr@gmail.com

Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue-Nutritionniste
404, Bd Al Aniq, Résidence Essakane - Essakane
1^{er} étage, N° 7 - Casablanca
Tél: 05 22 50 68 69

Laroxyl®
Amitriptyline

PPV:39DH80
PER: 07/25
LOT: L2581

Laroxyl® 40 mg/ml
Amitriptyline
Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407

بكن الأنبيق (تجزئة الصفا), عمارة 404, الطابق الأول, رقم 7, عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Bova, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaâ), 1er étage, N° 7
Tél: 05 22 50 68 69 - GSM: 07 67 16 43 83 - E-mail: cabinetsehbanil

Fabriqué par DOU s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT K267

FAB 04/2021

EXP 04/2024

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يُحْفَظ هَذَا الدَّوَاءُ بَعِيدًا عَنِ مَتَنَاوَلِ وَ مَرَأَى الْأَطْفَالِ

التعليمات العلاجية:

يُوصَفُ هَذَا الدَّوَاءُ كَعِلَاجٍ لِلْأَعْرَاضِ (ألم و انزعاج وظيفي) بتأثير متأخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة. يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب تناول:

عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء.

1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام. يجب قراءة النشرة بنمعن قبل الاستعمال. علبة من 30 كبسولة.

PPH 188.00 EH

PIASCLELINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT K267

FAB 04/2021

EXP 04/2024

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يُحْفَظ هَذَا الدَّوَاءُ بَعِيدًا عَنِ مَتَنَاوُلٍ وَ مَرَأَى الْأَطْفَالِ

التعليمات العلاجية:

يُوصَفُ هَذَا الدَّوَاءُ كَعِلَاجٍ لِلْأَعْرَاضِ (ألم و انزعاج وظيفي) بتأثير متأخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة. يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب تناول:

عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء.

1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام. يجب قراءة النشرة بنمعن قبل الاستعمال. علبة من 30 كبسولة.

PPH 188.00 EH

PIASCLELINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT K267

FAB 04/2021

EXP 04/2024

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

التعليمات العلاجية:

يوصف هذا الدواء كعلاج للأعراض (ألم و انزعاج وظيفي) بتأثير متأخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة. يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب تناول:

عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء.

1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام. يجب قراءة النشرة بنمعن قبل الاستعمال. علبة من 30 كبسولة.

PPH 188.00 CH