

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° W21-802717

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NOURAZIZ Naïma

Date de naissance : 16-06-32

Adresse : Habituelle

Tél : 0660366454 Total des-frais engagés : 550,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 MAI 2023 /

Nom et prénom du malade : NOURAZIZ Naïma Age :

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

Nature de la maladie : affection rhumatismale de l'épaule gauche

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 : Casa Le : 30/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOI ET ADHES

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 Actes
23 MAI 2023	C2		300,00	INF : 09027591 Dr. HACHIMI SAÏD BENNOUN RHUMATOLOGUE INTERBROTHERIE - OSTEOPATHIE 10110 Casablanca 10110 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/23	250.90

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

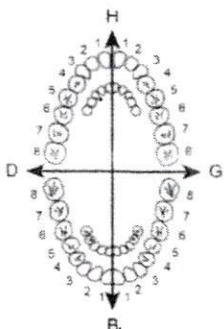
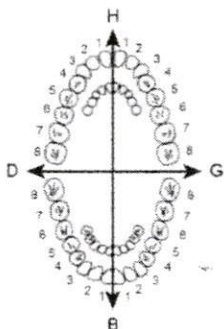
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed Saleh BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon

Spécialiste en RHUMATOLOGIE

VERTEBROTHERAPIE et MEDECINE MANUELLE - OSTEOPATHIE

ECHOGRAPHIE APPLIQUEE A LA RHUMATOLOGIE

Surveillance des Risques Toxiques Professionnels

Membre de la Société Française de Vertébrothérapie

et de Médecine Manuelle - OSTEOPATHIE

Membre de la Société Française en Médecine Manuelle

Orthopédique et Ostéopathique

Membre de la Fédération Internationale de Médecine Manuelle

Rhumatismes

Maladies des Os, des Articulations, des Muscles

Colonne Vertébrale

الدكتور محمد صالح بنونة

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

إختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصل، العضلات

وعلاج العمود الفقري يدويا

الفحص بالصدى

خريج في مراقبة الآفات السامة المهنية

(عضو الجمعية الفرنسية لعلاج العمود الفقري يدويا)

(عضو الجمعية الفرنسية لطب العظام والعلاج اليدوي)

Casablanca, le 23/05/2023 في الدار البيضاء.

Amour Nouaziz Naïme

94,10
1) Myoblex crème

1cp x 3/4 path 10 min

30,10
2) Myorelax gel

52,80 1cp x 2/4 path 10 min

3) Ketum Gel

1cp x 2/4 path 10 min

8, شارع خريبكة (ساحة النصر) الطابق الثاني - الشقة رقم 8 - درب عمر - الدار البيضاء

8, Bd Khouribga (Angle Place de la Victoire) 2° Etage - Appt. N°8 - Derb Omar - Casablanca

Tél. : 05.22.54.06.00 / GSM : 06.61.19.40.36 / E-mail : bennouna.ms@gmail.com



74,10

4) beses 4 ong 5p



12812 12812

Dr Mohamed Saleh BENNOUNA
RHUMATOLOGUE
VERTEBROTHERAPIE - OSTEOPATHIE
ECOLOGIE
8, Bd Kh. J. Naga - Casablanca
Tél: 0522 54 06 00 / 06 61 19 40

250,90

INPE
092042365



-EX[®]

150 mg

Voie orale

 LABATEC

culés



GTIN: 06118001260850
LOT: 4019
MFG: 07 2022
EXP.: 07 2025
PPV: 940hs00



LOT 211949
EXP 04/2024
PPV 74.10DH

OEDES®

oméprazole

LOT : 0009
PER : MAR 2026
PPV : 52 DH 80

KETUM

Kétoprofène
Tube de 60 g

2,5% gel



Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.**

دواعي الإستعمال، موانع الإستعمال، احتياطات الإستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة تقل عن 25°C. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية وطريقة الإستعمال: الطريق الموضعي. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كليا. تنذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

Protéger les zones traitées par le port d'un vêtement pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt. Ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

يجب حماية المناطق المعالجة بلباس خلال مدة العلاج بأكملها وخلال الأسبوعين المواليين لتوقيفه. لا تتعرضوا لأشعة الشمس (حتى ولو كانت السحب تحجبها) ولا للأشعة فوق البنفسجية.