

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

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2303	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NOURAZIZ Naima
Nom & Prénom : NOURAZIZ Naima			
Date de naissance : 16-06-1952			
Adresse : Haliteuelle			
Tél. : 0660366954	Total des-frais engagés : 550,90 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 23 MAI 2023			
Nom et prénom du malade : NOURAZIZ Naima Age : 68			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection rhumatisante d'origine gériatrique			
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) : **Caf**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE 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 Toxicques 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)

إخلاصي في أمراض الروماتيزم

العظام والمفاصل، العضلات

وعلاج العمود الفقري بدويا

الفحص بالصدى

خريج في مراقبة الآفات السامة المهنية

(عضو الجمعية الفرنسية لعلاج العمود الفقري بدويا)

(عضو الجمعية الفرنسية لطب العظام والعلاج اليدوي)

Casablanca, le

23/05/2023

الدار البيضاء، في

أ

Am Nouraziz Naitra

94,10

1) Myofibres grêles



3,10

1 Cp x 31ج محل 10ج



2)

Myofibres grêles



3)

Ketum Gel

100ج x 21ج محل 10ج

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

8, Bd Khouribga (Angle Place de la Victoire) 2^e Etage - App. 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) betes longs



mag'j pol'tres

Dr Mohamed Saleh BENNOUNA
RHUMATOLOGUE
VERTEBROTHERAPIE - OSTEOPATHIE
ECOGRAPHIE
8, Bd Kh...riaga - Casablanca
Tél: 0522 54 06 00 / 06 61 1940

250,90

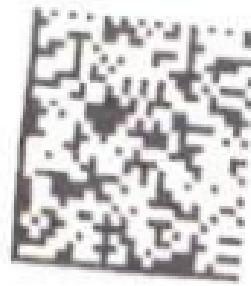
LINE
092042365





Voie orale

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



ulés

EX[®]

150 mg

LOT 211949
EXP 04/2024
PPV 74.10DH

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

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 الاستعمال. موانع الاستعمال. احتياطات الاستعمال: القراءة بانتهاء النشرة قبل الاستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 25° مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية و طريقة الاستعمال: الطريقة الموضعية. يدهن المرهم بدلilik طيف، على المنطقة المزلمة أو المتهبة إلى أن يتم امتصاصها كلها. تدابير خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

KETUM 2,5% gel



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 UVAs.

يجب حماية المناطق المعالجة بلياس خلال مدة العلاج بأكملها وخلال الأسابيع الستة الأولى من توقفه. لا تتعرضوا لأشعة الشمس حتى ولو كانت السحب تحجبها) ولا لأشعة فوق البنفسجية.