

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

tions 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.
- 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.

Phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Logie 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 :

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séances d'éducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèse :

Le 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.

Le 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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| clamation | : contact@mupras.com |
| mise 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.

N° W21-663640

197478

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : MAASSOURI Mouloud

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 200, Rue Béchir Nakhli, Hôpital Casablanca

Examen : 0661133679

Tél. : 0661133679 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAASSOURI Mouloud Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Maladie de l'œil

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 01/03/2014

Signature de l'adhérent(e) :

Mouloud Maassouri

ABOU AKBIR

ACCUEIL

MAASSOURI

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

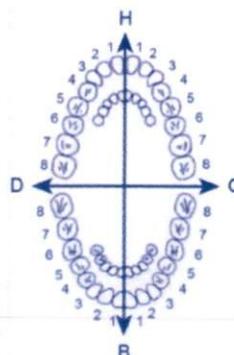
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que les documents justificatifs demandés par la mutuelle.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que les résultats de toute analyse de laboratoire.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

[Creation, Remont, adjunction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATT

Dr SENNOUNE BILAL

Spécialiste

Traumatologie - Orthopédie

- Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)
 - Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
 - Chirurgie arthroscopique
 - Chirurgie de la main
 - Chirurgie du rhumatisme
 - Chirurgie de l'appareil locomoteur
 - Expérience médicale

الدكتور السنون بلال

أخصائي

علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصل

○ دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)

○ شهادة التكوين التخصصي (باريس 7)

- جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...

- جراحة بالمنظار

- جراحة اليد

- جراحة الجهاز العظمي

- جراحة الروماتيزم

- الخبرة الطبية

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

Mr (Mme) : السيد (ة) 2018

30,00

- Nurodol 400
1g / 8h si doul

T=30,00

PHARMACIE LA BRISE
Dr. SELASSI Narijss
38, Rue Abou Abass El Azzi Maatif Casa
Tel: 0522 99 07 10. GSM: 0622 92 10 70
ICE: 007688766000012

Dr. SENNOUNE
ORTHOPÉDIE
TRAUMATOLOGIE
213 CASABLANCA
www.orthopedie-sennoune.com
Casablanca 2018

Résidence anoual capital center

Angle Bd anoual / abdelmoumen
Porte C (213) 1^{er} étage

Tél : 0522230623

GSM: 0654357876

Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

إقامة أنوال كابيل سنتر

ملتقى شارع أنوال / عبد المؤمن
باب س(213) الطابق الأول

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT - Obligatoire -

Nom et prénom du malade : HACTH COOPER
Nature de la maladie : Transversal gros œuf
CIM-10 :

(e) À fournir formulaire de maladie de longue durée si ALD non déclarée (voir site CMIM)

NATURE DES PRÉSTATIONS

Praticien	Date début et fin de soins (♦1)	Actes, quantité et coefficient	dépenses	Cachet et signature du praticien	CODE INPE (Obligatoire)
Auxiliaires médicaux					_____

(e)¹ - La date début et fin de soins est obligatoire en cas de séances (kinésithérapie, dialyse, psychothérapie ...).
- Accord préalable obligatoire

FRAIS PHARMACEUTIQUE

Code INPE: 0000111113

Date (jj)² début Traitement	Date (jj)² fin Traitement	Détail de l'ordonnance	Quantité	Prix Unitaire	Dépense
12/06/23		Neurochel 400mg	01	30,00	
					

^(*)² Dates à préciser selon la quantité des médicaments achetés

OPTIQUE (3)

Code INPE:

	Date	Montant	Signature et cachet
Monture			
Verres ou Lentilles			

(*)³- La prescription et la facture des verres sont obligatoires.

- En cas de changement d'acuité visuelle, un certificat du médecin traitant mentionnant l'ancienne et la nouvelle acuité est obligatoire pour le remboursement des verres avant délai.

2

- Le nom et prénom du bénéficiaire doivent obligatoirement être portés sur la prescription.
 - La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie (et/ou) de laboratoire) ...
 - L'exactitude et l'exhaustivité des informations remplies, vous garantissent le bon traitement de votre demande de remboursement.

Dr SENNOUNE BILAL

Spécialiste

Traumatologie - Orthopédie

- Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)
 - Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
 - Chirurgie arthroscopique
 - Chirurgie de la main
 - Chirurgie du rhumatisme
 - Chirurgie de l'appareil locomoteur
 - Expérience médicale

الدكتور السنون بلال

أخصائي

علاج أمراض وجراحة العضام والمفاصيل

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس 7)
 - جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...
 - جراحة بالمنظار
 - جراحة اليد
 - جراحة الجهاز العظمي
 - جراحة الرومتزم
 - الخبرة الطبية

12-06-2023

الدار البيضاء، في : Casablanca, le :

السيد(ة) : Mr(Mme) : HACHLAF ZOHRA

Note d'honoraire

Radiographie avant pied droit face et 3/4

300,00dh

Trois cent dirhams

Dr.Bilal SENNOUNE
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDISTE
213, Angle Agoual/Abdelmoumen
Rés Anoual Capital Center 1er Etage-Casablanca
Tél: 05 22 23 00 23/06 54 85 78 76

Résidence anoual capital center

Angle Bd anoual / abdelmoumen
Porte C (213) 1^{er} étage

Tél : 0522230623

GSM: 0654357876

Mail : orthopédie.sennoune@gmail.com

إقامة أنوال كابيل سنتر

ملتقى شارع أنوال / عبد المؤمن
باب (س) (213) الطابق الأول

Dr SENNOUNE BILAL

Spécialiste

Traumatologie - Orthopédie

- Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)
- Attestation de formation spécialisée (Paris V)
 - Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...
 - Chirurgie arthroscopique
 - Chirurgie de la main
 - Chirurgie du rhumatisme
 - Chirurgie de l'appareil locomoteur
 - Expérience médicale

الدكتور السنون بلال

أخصائي

علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصيل

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس 7)
- جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...
- جراحة بامنطار
- جراحة اليد
- جراحة الجهاز العظمي
- جراحة الروماتيزم
- الخبرة الطبية

12-06-2023

Casablanca, le : الدار البيضاء, في :

Mr(Mme) : HACHLAF ZOHRA السيد(ة) :

Compte rendu radiographique**Radiographie avant pied droit face et 3/4**

- Fracture de la P1 gros orteil droit non déplacée

Dr.Bilal SENNOUNE
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPÉDISTE
 213, Angle Anoual/Abdelmoumen
 Rés Anoual Capital Center 1er Etage, Casablanca
 Tél: 0522230623/0654357876

Résidence anoual capital center
 Angle Bd anoual / abdelmoumen
 Porte C (213) 1^{er} étage

Tél : 0522230623
 GSM: 0654357876
 Mail : orthopedie.sennoune@gmail.com

إقامة أنوال كابيل ستار
 ملتقى شارع أنوال / عبد المؤمن
 باب س(213) الطابق الأول



RELEVE DES PRESTATIONS

Date de paiement : 11/09/2023
 Num Paiement : 1740589
 Assuré : HACHLAF ZOHRA
 N° d'immatriculation : 10062218
 Mode de règlement : Virement
 Veuillez Consulter Notre Espace Assuré <https://assures.cmim.ma/>



HACHLAF ZOHRA BANK OF AFRICA "RET"
 100 RUE BRAHIM NAKHAI
 APPT 25
 CASABLANCA
 MAROC



Emis à Casablanca le : 11/09/2023

Page:1 / 2

Nous avons le plaisir de vous informer ci-dessous des règlements effectués en votre faveur.

Détail de vos remboursements

N° dossier	Date de soins	Actes	Qte	Coef	Taux de Remboursement	Dépenses	Base de remboursement	Remboursement autre mutuelle ou assurance	Montant rembourse	Motif rejet
Pour HACHLAF ZOHRA / 10062218 \ 001CMIM0280M20230904698154										
ALD1416220	12/06/2023	CONSULTATION SPECIALISTE	1	1.00	85.00 %	200,00	300,00	0,00	170,00	
ALD1416220	12/06/2023	PHARMACIE	1	1.00	85.00 %	30,00	30,00	0,00	25,50	
ALD1416220	12/06/2023	RX PIED DROIT F+P	1	18.00	85.00 %	300,00	198,00	0,00	168,30	
Total remboursé pour : ZOHRA						530,00			363,80	

Décompte : 1740589 Date de Paiement : 11/09/2023 Prestation : 363,80 DHs

Pour vos prochaines demandes de remboursement ,notez bien que :

- La pharmacie doit être justifiée par les codes à Barres, à défaut il faut envoyer les Prix Public de Vente (PPV) et les prospectus.
- Le médecin traitant ainsi que les auxiliaires médicaux doivent renseigner obligatoirement l'Identifiant National du Praticien (INP)

**NURODOL® 400 mg, comprimé pelliculé, boîte de 30
Ibuprofène**

Pour les médicaments soumis à prescription médicale :

otice avant de prendre ce
rantes pour vous.
la relire.
Informations à votre médecin :

LOT : L0171

PER : 02/26

si vous remarquez un effet
in à votre médecin ou à votre

rice avant de prendre ce
rantes pour vous.
la relire.

Ne le donnez pas à d'autres
signes de leur maladie sont

si vous remarquez un effet
in à votre médecin ou à votre

pelliculé et dans quelles cas est-il
à prendre NURODOL 400 mg,

pelliculé?

rimé pelliculé?

**1. QU'EST-CE QUE NURODOL 400 MG. COMPRIME PELLICULE ET DANS QUELS
CAS EST-IL UTILISE ?**

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité :

Ce médicament appartient à la classe des Anti-inflammatoires, Antirhumatismaux, non stéroïdiens.

Indications thérapeutiques :

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien: l'ibuprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans):

· En traitement de longue durée de:

· certaines rhumatismes inflammatoires chroniques,

· certaines arthroses sévères;

· En traitement de courte durée de:

· certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinite, bursite, épaulement, douleur aiguë),

· douleurs aiguës d'arthrose,

· certaines inflammations des articulations par dépôt de cristaux, telles que la goutte,

· douleurs lombaires aiguës,

· douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,

· douleurs et odémes liés à un traumatisme;

· fièvre et/ou douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles dououreuses.

**2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE
NURODOL 400 MG. COMPRIME PELLICULE ?**

Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament :

Contre-indications :

Ne prenez jamais NURODOL 400 mg, comprimé pelliculé dans les cas suivants :

· A partir du 6ème mois de grossesse,

· Antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise d'ibuprofène ou de substances d'activité croisée telles qu'autresAINS, sauf si

Grossesse :

À cours des 5 premiers mois de votre grossesse, votre médecin peut être amené, si nécessaire à vous prescrire ce médicament.

À partir du 6ème mois de grossesse, vous ne devez en aucun cas prendre de vous-même ce médicament, car ses effets sur votre enfant peuvent avoir des conséquences graves, notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela même avec une seule prise.

Il peut arriver toutefois, dans des cas très particuliers, que votre gynécologue vous prescrive ce médicament. Dans ce cas, respectez strictement l'ordonnance de votre médecin.

Allaitement :

Ce médicament passe dans le lait maternel. Par mesure de précaution, il convient d'éviter de l'utiliser pendant l'allaitement.

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, IL CONVIENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ALLAITEMENT, DE TOUJOURS DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN AVANT D'UTILISER UN MÉDICAMENT.

Sportif :

Sans objet

Effet sur l'aptitude à conduire un véhicule ou à utiliser des machines :

Dans de rares cas, la prise de ce médicament peut entraîner des vertiges et des troubles de vue.

Excipient à effet notoire :

Sans objet

3. COMMENT PRENDRE NURODOL 400 MG. COMPRIME PELLICULE ?

Instruction pour un usage.

Posologie et mode d'administration :

Posologie

Réservez à l'adulte (plus de 15 ans).

· Indications rhumatisologiques :

· traitement d'attaque : 2 comprimés à 400 mg, 3 fois par jour, soit 2400 mg par jour ;

· traitement d'entretien : 1 comprimé à 400 mg, 3 à 4 fois par jour, soit 1200 à 1600 mg par jour.

· Dysménorrhée : 1 comprimé à 400 mg par prise, à renouveler si nécessaire, sans dépasser 4 comprimés à 400 mg par jour (soit 1600 mg par jour).

· Affections dououreuses et/ou états fébriles : 1 comprimé à 400 mg par prise, à renouveler si nécessaire, sans dépasser 3 comprimés à 400 mg par jour (soit 1200 mg par jour).

Mode d'administration

Voie orale.

Avaler le comprimé, sans le croquer, avec un grand verre d'eau.

Les comprimés sont à prendre de préférence au cours d'un repas.

Fréquence d'administration

Les prises systématiques permettent d'éviter les oscillations de douleur ou de fièvre.

Elles doivent être espacées d'au moins 6 heures.

Durée du traitement

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin.

En dehors des affections rhumatisologiques, si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou si elles s'aggravent ou en cas de survenue d'un nouveau trouble, en informer votre médecin.

Symptômes et conduite à tenir en cas de surdosage :

Si vous avez pris plus de NURODOL 400 mg, comprimé pelliculé que vous n'auriez dû, ARRETEZ LE TRAITEMENT ET CONSULTEZ RAPIDEMENT UN MÉDECIN OU UN SERVICE MÉDICAL D'URGENCE.

Conduite à tenir en cas d'omission d'une ou de plusieurs doses :

Si vous oubliez de prendre NURODOL 400 mg, comprimé pelliculé ne prenez pas de doses double pour compenser la dose que vous avez oubliée de prendre.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, demandez plus