

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 orthodontique, 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.

Biologie 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

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° P19- 054217

MUPRAS
RECEPTIONS
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

48667 ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4598

Société : R.A.M.

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDDEN HASSEN

Date de naissance : 25/11/1960

Adresse : Bloc E° n° 15 Derma

Tél. 0664315278 Total des frais engagés : 300,783758 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hasna AZM
Rhumatologue
14, Bd. de Paris
CASABLANCA

Date de consultation : 03/11/2020

Nom et prénom du malade : EL Moudden

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : gonalgie

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 : Derma

Le : 25/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
03/11/2020	C.S.		300.00	14, Bd. de la Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENTELLOUN Im. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07	03.11.20	8.37.58

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
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 03/11/2022 الدار البيضاء

7^e El Touden
Nana

①) Glacage du genou
1 app x 4/5 (à chq @ 20 min)
x 20 jours

91,00

②) Défrozen
1 app x 4/5 après le glacage
x 20 jours

58.40 X6
3.) Supracol 20mg cp eff (S.V)
3cp/j le matin ap. repas ds
1/2 v. eau x 5 Jours puis

2cp/j le matin ap. repas
x 5 Jours puis

1cp/j le matin ap. repas x
5 Jours (S.V)
20.30


4.) Eudopharum 25mg
1 gel le matin et 2 gel le
soir au milieu des repas x 20 Jours
84.40 X6
5.) Carboxan (S.V)
1 gel x 2/j le matin
ap. repas
x 3 mois
Ce des 20 Jours
1 gel x 2/j le matin à jeun
soir au coucher

Pharmacie
Rhumatologue
Bd. de Paris
PARLANCA
8375
51.58
8375
51.58

58,40

R 1


Solupred® 20mg



58,40

R 1

Solupred® 20mg



756.494.02.19

LOT : 200120
UT AV : 01/2024
PPV : 84,48:ADD

PPV (DH) :
LOT N° :
UTAV :

LOT 191738
EXP 07/2022
PPV 99.00DH

LOT : 1537
PER : 06 - 25
P.P.V : 20 DH 30

756.494.02.19

LOT : 200828
UT AV : 05/2024
PPV : 84,48:ADD

PPV (DH) :
LOT N° :
UTAV :

756.494.02.19

LOT : 200120
UT AV : 01/2024
PPV : 84,48:ADD

PPV (DH) :
LOT N° :
UTAV :

756.494.02.19

LOT : 200120
UT AV : 01/2024
PPV : 84,48:ADD

PPV (DH) :
LOT N° :
UTAV :

756.494.02.19

LOT : 200828
UT AV : 05/2024
PPV : 84,48:ADD

PPV (DH) :
LOT N° :
UTAV :

756.494.02.19

LOT : 200120
UT AV : 01/2024
PPV : 84,48:ADD

SOULAGEMENT DURABLE ET PROFONDEUR DE LA DOULEUR CAUSÉE PAR:

ARTHRITE • DOULEURS MUSCULAIRES ET ARTICULAIRE • MAUX DE DOS

مخفف من الآلام مستديم و فعال في: التهاب المفاصل الأم المفاصل و العضلات، الأم الظهر

PENETRATING, LONG LASTING PAIN RELIEF FROM: ARTHRITIS • SORE MUSCLES & JOINTS • BACK PAIN

59 mL • مل 59



BIOFREEZE

ANALGÉSIQUE - مخفف الآلام - PAIN RELIEVING

Roll-On

CE

Cryothérapie - العلاج بالتبريد - Cryotherapy

The Cold Method®

PPC: 95.00 Dhs

Appliquer par
des mouvements
allant dans le
même sens.
يدفع في
إجاءه واحد
Use same
direction strokes.



Bien agiter
avant chaque
utilisation
حرك جيدا قبل
الاستعمال.
Shake well
before
each use



Utilisation: pour le soulagement temporaire de douleurs mineures des articulations et des muscles associés à l'arthrite, aux maux de dos, aux entorses et foulures.

دواعي الاستعمال: يستعمل من أجل التخفيف المؤقت من الآلام الطفيفة، الأم المفاصل و العضلات، التهاب المفاصل، الأم الظهر، الالتواءات و السلائط.

Indications: For the temporary relief of minor aches and pains of muscles and joints associated with arthritis pain, backache, strains and sprains.

Instructions: adultes et enfants à partir de 2 ans: appliquer sur la partie affectée jusqu'à 3 ou 4 fois par jour. Enfant de moins de 2 ans: consulter un médecin. Les femmes enceintes ou qui allaitent, ou les personnes ayant une peau sensible sont priées de consulter un médecin. Appliquer une couche fine sur la partie affectée du corps, il n'est pas nécessaire de masser. Se rincer les mains à l'eau froide.

WARNINGS: FOR EXTERNAL USE ONLY. خارجي فقط. لاواهبي الاستعمال; استعمال خارجي فقط.

Mises en garde: suivre le mode d'emploi à la lettre. Utilisation externe uniquement. En cas d'ingestion accidentelle, demander de l'aide à un professionnel ou contacter immédiatement un centre antipoisons. Éviter tout contact avec les yeux ou les muqueuses. En cas d'aggravation, ou si les symptômes persistent pendant plus de 7 jours ou disparaissent pour réapparaître à nouveau quelques jours après, cesser toute utilisation de ce produit et consulter un médecin. Ne pas appliquer sur des plaies ou des blessures. Ne pas utiliser avec d'autres pommades, crèmes, aérosols ou liniments. Ne pas appliquer sur une peau irritée ou en cas d'irritation excessive. Ne pas recourir à un pansement. Ranger au frais dans un endroit sec en fermant bien le couvercle. Tenir loin d'une chaleur excessive ou d'une flamme nue. Ne pas utiliser de dispositifs ou de coussins chauffants. **Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants**

Active Ingredients: Natural Menthol USP 3.5%, **Inactive Ingredients:**

carbomer, FD&C blue #1, TD&C yellow #5, glycerine, herbal extract (illex paraguensis), isopropyl alcohol USP, methylparaben, natural camphor USP (for scent), propylene glycol, silicon dioxide, triethanolamine, purified water USP.

©2018 Performance Health, LLC 1245 Home Avenue, Akron Ohio 44310 • +1-330-633-8460 • international@biofreeze.com
www.biofreeze.com 13238 • REV1 • NDC: 59316-101-13

Made in the U.S.A. No Animal Testing

Importé par GyneBio

6 118002 050023