

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## cique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Nº P19-0041143

Optique       Autres      56U14

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	5262	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	—
Nom & Prénom :		FAYEK ANI Nauma	
Date de naissance :		1/1/1963	
Adresse :		22 Rue CHALAM CHEIKH PALMIER Casablanca 690	
Tél. :		06 61 189 041 Total des frais engagés : 690 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 21/01/2021

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE CHATEAU D'EAU DR. JOURLAJANE DOUAR BENABID DAR BOUAZZA Tél: 05 22 93 75 22	28/12/80	300,20

## **ANALYSES - RADIographies**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

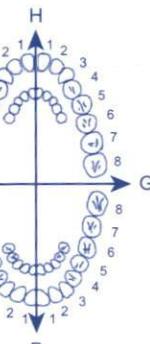
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	V I	
LUCIANE DE FREY MATERIEL MEDICAL	28/11/2020	281	121	00		100,25

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	D	G	B
	25533412	00000000	21433552	00000000
	00000000	35533411	00000000	11433553
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Meriem TOUIMI  
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie musculo-squelettique (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



الدكتورة مريم تويمى

بنجلون

اختصاصية في أمراض المفاصل والعظام  
وأمراض المفاصل وأمراض الطبطاطي

- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل وأمراض الطبطاطي (باريس)
- العلاج بالأندوية البيولوجية

28.12.2020

**Mme FASKANI Naima**

1 AULCER 20

1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

30,10

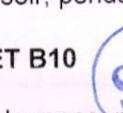


2 DULASTAN

12

2 le matin et le soir, pendant 7 jours.

57,10



3 BREXIN SACHET B10

10

1 à midi, après le repas, pendant 10 jours.

82,10



4 ESAC 20 MG

10

1 gélule le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

82,00

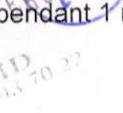


5 RELAXIUM B6 300

00

1 au coucher, pendant 1 mois.

300,20



LOT 20002  
PER 10/21  
PPV 82DH10

82,10



LOT 20004  
PER JAN 23  
PPV 57DH10

57,10

**Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN**

Dr. Meriem TOUIMY BENJELLOUN  
RHUMATOLOGIST  
Angle Bd 2 Mars et Rue AMSTERDAM N° 8  
Appartement 8 Casablanca Tel: 0522 83.30.30

# DULASTAN® 500 mg/2 mg دولاستان®

Boite de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

## دولاستان® 500 ما

أقراص  
علبة من 20 قرصاً

بارصيطةمول / ثيوكلوزيد

37,00

يرجى الاطلاع بانتهاء على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.

احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرأتها من جديد.

إذا كانت لديك أستئنة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الم

لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي، لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرار له.

إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا احتجت وجود عارض غير مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة،

تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

### التركيب النوعي والكمي

بارصيطةمول ..... 500 مغ

ثيوكلوزيكورزيد ..... 2 مغ

السواغ ..... ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى:

نثا القمح، لاكتورين

الصنف الصيدلي والملاحي

ينتسب بارصيطةمول إلى مجموعة الأدوية الفاعلة للحرارة و مزيل للألم.

ثيوكلوزيكورزيد ينتسب إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.

الوصف :

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.

- كعلاج مساعد أثناء تقلىصات مؤلمة.

• من الانصرابات التنكستيكية في العمود الفقري والإضطرابات مhanaة العمود الفقري: صعor وألام الظهر، ألام أسفل الظهر.

• الانصرابات النفسية والعصبية (مع التشنج)

موانع الاستعمال :

لا يجب إستعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- الأطفال أقل من 15 عاماً.

-أشخاص دوي الحساسية لنثا القمح

- حساسية لبارصيطةمول أو لأحد مكونات المنتوج

- حساسية لثيوكلوزيكورزيد

- القصور الكبدى.

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة :

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من المصرع

- في حال الإصابة بالإسهال، آخر طبيبك.

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تتحقق من عدم وجود بارصيطةمول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

- الحد الأقصى المقترن

بالعين والأطفال فوق 50 كغم، يجب عدم تجاوز 4 جرام يومياً بالنسبة للبارصيطةمول.

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال :

في حالة الشك، لا تترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم

# DULASTAN® 500 mg/2 mg دولاستان®

Boite de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

## دولاستان® 500 ما

أقراص  
علبة من 20 قرصاً

بارصيطةمول / ثيوكلوزيد

37,00

يرجى الاطلاع بانتهاء على هذه النشرة بأكملها قبل تناول هذا الدواء.

احتفظ بهذه النشرة، قد تحتاج إلى قرأتها من جديد.

إذا كانت لديك أستئنة أخرى، إذا كان لديك شك، اطلب المزيد من المعلومات من الطبيب أو الم

لقد تم وصف هذا الدواء لك بشكل شخصي، لا تقم بإعطائه لشخص آخر، حتى في حال وجود أعراض مشابهة، لأنك قد تسبب الضرار له.

إذا أصبح أحد الأعراض غير المرغوب فيها خطراً أو إذا احتجت وجود عارض غير مرغوب فيه غير مذكور في هذه النشرة،

تحدث عن ذلك مع الطبيب أو مع الصيدلي.

### التركيب النوعي والكمي

بارصيطةمول ..... 500 مغ

ثيوكلوزيكورزيد ..... 2 مغ

السواغ ..... ما يكفي لقرص واحد

قائمة السواغ الذي من الواجب معرفته لاستعمال بدون خطر عند بعض المرضى:

نثا القمح، لاكتورين

الصنف الصيدلي والملاحي

ينتمي بارصيطةمول إلى مجموعة الأدوية الفاعلة للحرارة و مزيل للألم.

ثيوكلوزيكورزيد ينتمي إلى مجموعة أدوية إرتخاء العضلات.

الوصف :

- معالجة الأعراض الناتجة عن آلام العضلات أو الصدمة الروماتيزم بالصدمة وأمراض النساء.

- كعلاج مساعد أثناء تقلىصات مؤلمة.

• من الانصرابات التنتكسية في العمود الفقري والإضطرابات مhanaة العمود الفقري: صعor وألام الظهر، ألام أسفل الظهر.

• الانصرابات النفسية والعصبية (مع التشنج)

موانع الاستعمال :

لا يجب إستعمال هذا الدواء في الحالات التالية:

- الأطفال أقل من 15 عاماً.

-أشخاص دوي الحساسية لنثا القمح

- حساسية لبارصيطةمول أو لأحد مكونات المنتوج

- حساسية لثيوكلوزيكورزيد

- القصور الكبدى.

- الحمل والرضاعة

احتياطات خاصة :

- تجنب العلاج لفترات طويلة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من ضعف الكبد و / أو مشاكل في الكلى ، وأمراض القلب أو الرئة.

- المرضى الذين يعانون من المصرع

- في حال الإصابة بالإسهال، آخر طبيبك.

- لتجنب خطر جرعة زائدة، تتحقق من عدم وجود بارصيطةمول في تكوين أنواع أخرى من الأدوية.

- الحد الأقصى المقترن

بالعين والأطفال فوق 50 كغم، يجب عدم تجاوز 4 جرام يومياً بالنسبة للبارصيطةمول.

- لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

احتياطات الاستعمال :

في حالة الشك، لا تترددوا في إستشارة طبيبك أو صيدليكم

**Dr. Meriem TOUIMI  
BENJELLOUN**

**SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE**

- Echographie musculo-squelettique (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تويمى**

**بنجلون**

**أخصائية في أمراض المفاصل و العظام**

**والروماتيزم**

**- الفحص بالصدفي (باريس)**

**- أمراض هشاشة العظام (باريس)**

**- التهاب المفاصل وأمراض الطبطاطي (باريس)**

**- العلاج بالازدواجية البيولوجية**

**Casablanca, le 1 Décembre 2020**

**Mme FASKANI Naima**

**bracelet antiépicondylite**

TEL: 05 22 94 20 43 / fax: 05 72 74 70 41  
60, BOULEVARD CHAIDI - CASABLANCA  
Non vendre pour toute autre transaction  
Vente en MAGASIN (G1)  
MATERIEL MEDICAL  
LOCALISER SERVIR

ICE : 001526686000016

CASABLANCA

Le, 28/12/20

Facture

UF20000171865

DEPOT GHANDI

Agent commercial : AYOUB

Mode de règlement : ESPECE

ICE CLIENT :

INP CLIENT :

N° CLIENT : CL000008

MME FASKANI NAIMA

Clients Comptoirs Ghandi

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TT
70071	2	CONDYLEX TENNIS T1	1,00	100,00	0%	100,00	100,00

  
 Non valide pour toute autre transaction  
 TEL... 60 BOULEVARD SIDI MOUSSA CASABLANCA  
 05 37 63 27 28 / 05 37 63 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

Code	Base	Taux	Montant
2	83,33	20%	16,67
<b>Total</b>	83,33		16,67

**Total HT** 83,33**Total TVA** 16,67**Total TTC** 100,00**Timbre :** 0,25**Total TTC + Timbre :** 100,25

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 37 63 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

Arrêtez la présente Facture à la somme de **TOTAL HTS TIMBRE** 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 00152668600016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun [ face hôpital 20 Août], quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 6, Boulevard Ghandi, quartier Essalalm Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa [ à proximité hôpital My Youssef] Tél : 05 22 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux.Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

**RABAT**

Arrabit Center: Av Nations-Unies, Al Abtal, Inaoui et Omar Ibn Al Khattab, Agdal. Tél : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia : 11, rue Mamounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

**MOHAMMEDIA** Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre. Mohammedia Tél : 05 23 31 71 84**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub el Mansour N°. 2 Résidence Ahlal Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30**AGADIR** Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49**KÉNITRA** Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75**FÈS** Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbihi [en face de central banque chabab] Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh , Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 52 83 13**TANGER** 6, résidence Saghinia2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia . Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

# **Docteur Hassane SBIOUI**

Ancien Médecin au 1<sup>er</sup> Bataillon Médical Militaire

Ancien Médecin Major de la marine royale

Médecine générale

Chirurgie dermatologique

Echographiste et doppler couleur abdominale et gynéco-obstétricale

Traitemen<sup>t</sup>t de la douleur

Centre de vaccination pour enfants et adultes

Psychothérapie de soutien

Diabète et maladies gériatriques

FASLONI *Hassane*

Casablanca le 24.12.2008

*Vaccination + ds*

**الدكتور الحسن السبيوي  
Docteur Hassane SBIOUI**

88 Bd. Mohamed El Meknassi Bourgogne Casa

شارع محمد المكناسي بورگون الدار البيضاء أنفا

Tél: 0522 26 91 80