

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
 Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

itaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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 | adhésion@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° W21-626465

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8378

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : ATBIB

Date de naissance : 04/03/19

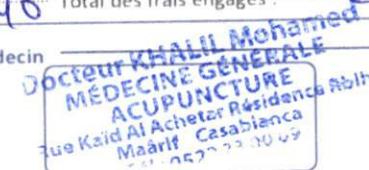
Adresse : 7 rue MASSIH ADDINE Res Aljoumri KA

Tél. : 0668466040

Total des frais engagés : 237 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/22

Nom et prénom du malade : Belkacem Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Headaches

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-626465

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | |
|--|----------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|-----|------------------------------------|
| es des ctes | Natures des Actes | Nombre et Coefficent | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes | | |
| 06/01/22 | C | 1 | 279,00 | INP : 091084667 Docteur KHALIL Mohamed MÉDECINE GÉNÉRALE ACUPUNCTURE Rue Kaïd Al-Nasser Résidence Abib Maârif Casablanca +212 527 77 00 09 | | |
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | | | | |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | | | | |
| <i>Mme B. A. A. EL MANSOUR</i> | 06/01/2022 | 27,00 | | | | |
| ANALYSES - RADIOPHARMACIES | | | | | | |
| Cachet et signature du docteur et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficents | 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 | |
| | | | | | | |
| — VOLET ADHERENT — | | | | | | |
| <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p> | | | | | | |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | | | |
|--|------------------------------|--|-------------|--|--|--|
| Le praticien est tenu 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 | | | | | | |
| 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 PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | $ \begin{array}{r} \begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} \\ \text{H} \qquad \qquad \qquad \text{G} \\ \text{D} \qquad \qquad \qquad \text{B} \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | | 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 | | | | |

Docteur Khalil Mohamed'

DIPLOME DE LA FACULTÉ DE
MÉDECINE DE PEKIN
Laureat de la faculté de Médecine
Traditionnelle chinoise de Pékin
ACUPUNCTURE

MEDECINE GENERALE

Rue kaïd Al Acheter Résidence Ribh
3^{ème} Etage - Porte A - Maârif
Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56
Aut. N° 8059
CASABLANCA

الدكتور خليل محمد

خريج كلية الطب ببكين
خريج معهد الطب التقليدي الصيني ببكين
الوخز بالإبر

الطب العام

زنقة القائد الأ شطر إقامة ريج الباب ١ - المعارض الطابق الثالث

Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56

رخصة رقم 8059

الدار البيضاء

Casablanca, le ٥٦/٠١/٩٢ الدار البيضاء، في

١٧٥ Belkassef Abdellah

Docteur KHALIL Mohamed
MEDECINE GENERALE
Rue Kaid Al Acheter
Maârif
Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56

- دوكال ٥٦/٠١/٩٢

٣٧.٥ ٢٤٠ × ٢٦٠ pdt حزك



Docteur KHALIL Mohamed
MÉDECINE GENERALE
ACUPUNCTURE
Rue Kaid Al Acheter Résidence Ribh
Maârif Casablanca
Tél: 05 22 23 00 09

Mme DIBBIS Zineb
PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
63 - 65 Bd Yacoub El Mansour
Tél: 05 22 23 00 04 - Casablanca

® 500 mg/2 mg
Comprimé
boîte de 20
ol - Thiocolchicoside

37,00

vant de prendre ce médicament.
élier.

demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Ce médicament a été prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION :

| | |
|--|-----------------------|
| Paracétamol..... | 500 mg |
| Thiocolchicoside..... | 2 mg |
| Excipients : | q.s.p..... 1 comprimé |
| Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose. | |

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

- Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismaie ou musculaire en traumatologie et gynécologie.
- Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :
 - des affections vertébrales dégénératives et des troubles statiques vertébraux : torticolis, dorsalgies, lombalgies.
 - des affections traumatologiques et neurologiques (avec spasticité).

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament ne doit pas être utilisé en cas :

- d'hypersensibilité au thiocolchicoside ou au paracétamol,
- d'allaitement,
- d'insuffisance hépatocellulaire,
- d'hypersensibilité à l'un des excipients du produit,
- chez l'enfant de moins de 15 ans.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé pendant le premier trimestre de la
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE