

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-618550

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 05787		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : OUALMAA Halima		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 01/11/1957		Adresse : Lot AL Ansari - m² 138 - Dar Bouazza	
Tél. : 05 22 783426		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : Abdelmalek Rés. Hicham 20000 Casablanca		
Date de consultation : 03/03/2020	Nom et prénom du malade : OUALMAA Halima		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Arthrite			
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) : **OUALMAA Halima**

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
01/03/2021	C		20000	INP : 03010403 M
				Nadia TOLOU

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR BOUAZZA ZAHZOUHY Amina Dar Bouazza Cité Jemar BP 93 Tél. : 0522 29 C1 74 - Dar Bouazza	3/3/22	52.80

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

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 de l'ODF.																
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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
		<p><input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>														
		<p><input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>														
		<p><input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

DOCTEUR Nadia R. CHAOUI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Os, des Articulations,
des Muscles et de la Colonne Vertébrale
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Ancienne Anochée des Hôpitaux de Montpellier

الدكتورة نادية الشاوي

إختصاصية في أمراض
الروماتيزم - العظام - المفاصل
العضلات و العمود الفقري
خريجة كلية الطب بونيليه (فرنسا)
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات مونيليه

Casablanca, le :

03/03/2022

الدار البيضاء، في:

Mr OULMAATI

Mr HABIBI

52.80
Latium

4.5

Chew

Half 2.80

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOUR Amina
Dar Bouazza Casablanca RD 93
Tél: 05 22 29 01 14 - Dar Bouazza

Dr Nadia CHAOUI
RHUMATOLOGUE
Bd. Abdelmalek Rés. Hicham 2ème Etage N°5
Abdelmalek Rés. Hicham 2ème Etage N°5
Tél: 05 22 86 45 87 Casablanca

شارع عبد المؤمن - زنقة أبو مروان عبد المالك - إقامة هشام - الطابق الثاني - رقم 5 - الدار البيضاء
Bd. Abdelmalek - Rue Abou Marouane Abdelmalek - Résidence Hicham - 2ème Etage N°5 - Casablanca

المحمول: 05 22 86 45 87 - هاتف العيادة: GSM: 06 67 04 75 53

LOT : 1056
PER : MAI 2024
PPV : 52 DH 80

KETUM
Kétoprofène
Tube de 60 g

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.**

نوعي الاستعمال: موانع الاستعمال: احتياطات الاستعمال: أقرأوا هذه النشرة بانتهاء كل الاستعمال يجب الاحتفاظ بها للواه في درجة حرارية أقل عن 25° مئوية لا تتركوا في مناول الأطفال، كفيفه، وطريقة الاستعمال: الطريق الموصى به من المهم تدليك طفيف، على المنطقة المؤلمة أو المتهيء إلى أن يتم امتصاصها كلها تدريجياً خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.



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 UVs.

يجب حماية المناطق المعالجة بملابس خلالة للعلاج بأكملها وخلال الأسابيع المولالين لتوفيقها لا تعرضوا لأشعة الشمس (حتى لو كانت السحب تحيط بها) ولا لأشعة فوق البنفسجية.

Sous licence de :
A. MENARINI M.L. and S.S. S.R.L.
Via Rosalino Pilò, 4 - 50100 FIRENZE - ITALIE

Fabriqué et distribué pour :
PHARMACEUTICAL INSTITUTE
BP 4491, (2100, Ain El Aouda-Maroc
Maroc SEDRATI Pharmacien Responsable (h.)

يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C
يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C
يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C
يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C

KETUM
gel 2,5%
Kétoprofène
Tube de 60 g



NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C
يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C
يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C
يجب احتفاظه في درجة حرارة لا تزيد عن 25°C

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
Liste II



MENARINI INTERNATIONAL

كيتوم 2,5% مره
كيتوبروفين
أنبوب 60 غ

التركيبة :
• كيتوبروفين 2,5 g
• المسواغات ا.د.ل 100 g
مسوغ نا تأثير ملحوظة: الكحول

COMPOSITION :

- Kétoprofène 2,5 g
- Excipients q.s.p 100 g

Excipient à effet notable : Alcool

AMM N° 25/13.DMP/21/NRQ

KETUM
Kétoprofène
Tube de 60 g

60 g de gel à 2,5% application locale



MENARINI INTERNATIONAL