

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.

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

M22- N° 000251

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9995 Société : 109097

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 M22- N° 000251

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Creation, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin de											

VOLET ADHERENT	NOM	Mle
DECLARATION N°	W18-380043	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-380043

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle	ggg5
Nom & Prénom	MRABTI Miloud	
Fonction	RETRAITE	
Phones	066168111	
Mail		

MEDECIN	Prénom du patient	MRABTI MILOUD
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age	59 ans	Date
Nature de la maladie	Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	
Sciatalgie	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Cs		250,00

PHARMACIE	Date	11/02/22
Montant de la facture	64.60 dh	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	

Dr. HAMMAN Youness
Chirurgien Traumatologue
et Orthopédiste

PHARMACIE ESPANA
R. EL GHARBI EL BELAKH
Tél: 21 23 23 23 23

Dr Youness HAMMANI

Chirurgien traumatologue et Orthopédiste

Ex médecin du CHU Hassan II de Fès
Ex médecin du CHR Metz - Thionville France

- ▶ Lauréat de la faculté de médecine - Fès
- ▶ Diplômé en cancérologie osseuse - Rabat
- ▶ Diplômé en chirurgie du genou - Paris



الدكتور يونس حماني

جراح العظام و المفاصل

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس
طبيب سابق بمستشفيات ميتر - تيونفيل فرنسا

- ◀ خريج كلية الطب - فاس
- ◀ دبلوم في الأورام السرطانية العظمية - الرباط
- ◀ دبلوم في جراحة الركبة - باريس

ORDONNANCE



NADOR le : 11/02/2022

Mr MRABTI MILOUD



DOLIPRANE 1000 MG

1 cp toute les 8 heures pendant 10 j

7460

TRAMAL 50 MG

1 cp tout les 8 heures pendant 7 jours

2500 x 2
64.60
o/h

NOCICEPTOL

1 app par jour

PHARMACIE ESPAÑA

EL KADAOUA ABDELMAKIM

Av. Med V N° 47 NADOR

Tél: 05 36 60 29 96

Dr. HAMMANI Youness
Chirurgien Traumatologue
et Orthopédiste
127, Av. Hassan I^{er} Imm. Rif,
1^{er} étage Bureau N°1 - NADOR
Tél: 05 36 60 00 02 - 05 36 66 69 93 13

☎ 05 36 60 00 02 ☑ (urgences) 06 66 69 93 13 (مستعجلات) ✉ dryounesshammani@gmail.com

127, شارع الحسن الأول عمارة الريف، الطابق الرابع مكتب 1 - الناظور

127, Av Hassan I Imm Rif, 4^{ème} étage, bureau n°1 - Nador

Dr Youness HAMMANI

Chirurgien traumatologue et Orthopédiste

Ex médecin du CHU Hassan II de Fès
Ex médecin du CHR Metz - Thionville France

- Lauréat de la faculté de médecine - Fès
- Diplômé en cancérologie osseuse - Rabat
- Diplômé en chirurgie du genou - Paris



الدكتور يونس حماني

جراح العظام و المفاصل

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس
طبيب سابق بمستشفيات ميتر - تيونزيل فرنسا

- ◀ خريج كلية الطب - فاس
- ◀ دبلوم في الأورام السرطانية العظمية - الرباط
- ◀ دبلوم في جراحة الركبة - باريس

ORDONNANCE NADOR le : 21/01/2022


Mr MRABTI.MILOUD

Note d'honneur

Désignation	Montant
CONSULTATION	250,00
Total Honoraires en MAD	250,00

Dr. HAMMANI Youness
Chirurgien Traumatologue
et Orthopédiste
127, Av. Hassan I^{er} Imm Rif,
4ème étage, Bureau n°1 - NADOR
Tél : 05 36 60 00 02 - Gsm : 06.66.69.93.13

☎ 05 36 60 00 02 ☑ (urgences) 06 66 69 93 13 (مستعجلات) ✉ dryounesshammani@gmail.com

📍 127, شارع الحسن الاول عمارة الريف، الطابق الرابع مكتب 1 - الناظور

📍 127, Av Hassan I Imm Rif, 4^{ème} étage, bureau n°1 - Nador

Tramal® 50 mg gélule

Tramal® 100 mg suppo

Chlorhydrate de tramadol

PPV: 25DH00

PER: 11/25

LOT: J3200

Composition

Principe actif : Une gélule de Tramal® c
Un suppositoire de Tramal®

Excipients : Q.S.P une gélule ou un supposi

Forme pharmaceutique

Gélule : boîte de 10 ; Suppositoire : boîte de 5

Dans quels cas utiliser Tramal® ?

Tramal® est un antalgique préconisé dans le traitem
de l'adulte.

Dans quels cas ne pas utiliser Tramal® ?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- allergie au tramadol ou aux morphiniques,
- intoxication aiguë ou surdosage avec les produits agissant sur le système nerveux central (alcool, somnifères, autres médicaments contre la douleur),
- traitement simultané ou récent par certains antidépresseurs,
- insuffisance respiratoire sévère,
- maladie sévère du foie,
- enfant de moins de 15 ans,

- allaitement,

- épilepsie non contrôlée par un traitement (cf. Mises en garde),

- association avec la buprenorphine, la nalbuphine, la pentazocine,

Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin.

- pendant la grossesse,

- en association avec la carbamazépine (médicament de l'épilepsie).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

De quoi faut-il tenir compte lors de la grossesse et de l'allaitement ?

L'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant la grossesse. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin : lui seul pourra adapter le traitement à votre état. Par mesure de prudence, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas d'allaitement. D'une façon générale, demandez toujours l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament au cours de la grossesse.

Quelles sont les précautions à prendre ?

Prévenez votre médecin en cas de maladie grave du foie ou des reins, car il convient alors de modifier la posologie.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Conducteurs et utilisateurs de machines :

L'attention des conducteurs de véhicules et des utilisateurs de machines est attirée sur le fait que Tramal® peut entraîner un risque de somnolence. Ce risque est majoré en cas de prise d'alcool ou de médicaments sédatifs.

Mises en garde :

L'utilisation prolongée de ce médicament peut conduire à un état de dépendance. Respectez la prescription de votre médecin.

