

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-663614

117685

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie         | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                       |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 2956                                    | Société : R.A.M                       |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                      | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre   | Retraité                        |
| Nom & Prénom : WADEH M'HAMED                        |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 1986                            |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : Bouskoura la grande Rue Chababou          |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 06.01.56.87.22 Total des frais engagés : Dhs |                                       |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :    |  |  |  |
| Date de consultation : WADEH M'hamed  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : Age:  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |  |  |  |
| Nature de la maladie : Lombalgie  |  |  |  |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /



### 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       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/03<br>2022   | Cs                |                       | 300 DHS                         | INP : 601290050  |
| 04/03/2022      | Cs                |                       | 400 DHS                         | Anesthésiste-Réanimateur<br>Dr. ZAROUF RABIAA<br>Dr. BARGACH Zoubida |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES Neurochirurgienne

| Cachet du Pharmacien et du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Dr. PHARMACIE OSCAR<br>Dr. ILMOUNI Khadija<br>Casablanca 3 Rue 7 N° 72<br>Tél : 05 22 54 46 | 02/03/2022 | 116,20                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

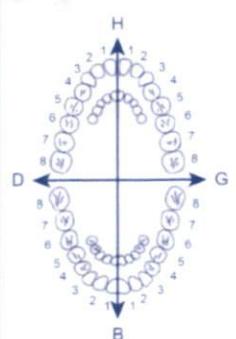
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 02-03-2022 | TDM rachis Lombaire          | 1500 DHS               |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

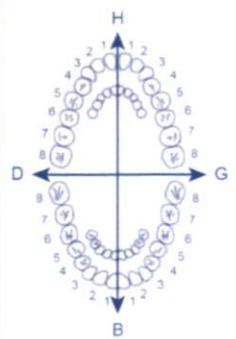
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



# INTERNATIONAL clinic

02/03/22

Mr Wadeh Mhemed

① Mydoflex 9H.°  
1-1-1 pdt 7 jours  
22.20



② Codoliprane  
1-1-1 pdt 7 jours

= 116,20

PHARMACIE OSCAR  
Dr. L. MOLINI Khadja  
Hay Anoual 3 Rue 07 N°121  
CASABLANCA - Tél. 05 22 50 04 46

Dr. BARGACH Zoubida  
Neurochirurgienne

PHARMACIE OSCAR  
Dr. L. MOLINI Khadja  
Hay Anoual 3 Rue 07 N°121  
CASABLANCA - Tél. 05 22 50 04 46

# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

comprimé sécable

## IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

### COMPOSITION

|   |           |
|---|-----------|
| Paracétamol .....   | 400,00 mg |
| Phosphate de codeine hémihydraté .....  | 20,00 mg  |
| (Quantité correspondant à codeine base) .....   | 15,62 mg  |
| Excipients : gélatine, acide stéarique, amidon de pomme de terre, povidone, pour un comprimé. |           |

## FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

## CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTALGIQUE CENTRAL ET PERIPHERIQUE (N. Système nerveux central)

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

## DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie connue au paracétamol ou à la codeine,
- maladie grave du foie,
- chez l'asthmatique,
- en cas d'insuffisance respiratoire,
- allaitement.

Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre médecin avec des médicaments contenant de la buprénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

## MISES EN GARDE SPECIALES

En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du foie ou d'insuffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison du risque de dépendance.

## PRECAUTION D'EMPLOI

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

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

IN

AF

No

SY

Vi

PPV:22DH20

PER:12/23

LOT:K3614

## INTERACTIONS

S ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, u la pentazocine, IL FAUT SIGNALER EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A

e. D'autres médicaments en contiennent. aximales conseillées (cf. posologie).



Date : 02/03/2022

## Ordonnance

M<sup>r</sup>: Wahed Mhamed

faire sa p:

100 ml. tumbaire

2c : trombone. tumbaire

date réception en 10/03



Dr. ZAROUF RABIA  
Anesthésiste-Réanimateur

Dossier N° .....

N° 21093

## Bon de règlement

Nom : ..... Wadeh

Prénom : ..... D'hamed

La somme de : ..... 300dhs

Motif : ..... Cs 45

Le : 02/03/2022

Signature





Service de Radiologie et d'imagerie diagnostique et interventionnelle  
Mr WADEH M'hamed

02/03/2022

### SCANNER DU RACHIS LOMBAIRE

INDICATION : TRAUMATISME.

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée millimétrique sans injection de PDC avec reconstruction MPR.

RESULTATS :

- Courbure lombaire respectée.
- **Fracture-tassement antérieure stable de L3 (< 50% de la hauteur vertébrale) sans atteinte du mur postérieur.**
- Absence de recul du mur postérieur.
- Absence de fragment intra-canalaire.
- Canal lombaire de diamètres antéro-postérieurs normaux.
- Corps vertébraux de hauteur et de signal normaux par ailleurs.
- **Arthrose somatique étagée.**
- Absence de pincement discal significatif décelable.
- **Bombement discal global à l'étage L4-L5 et L5-S1, sans saillie focale nettement décelable, réalisant une empreinte sur la graisse épидurale antérieure et foraminale surtout à droite réduisant secondairement le canal lombaire.**
- Respect des parties molles para vertébrales.

Dr CHAREF





# INTERNATIONAL clinic

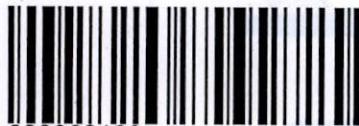


Service de Radiologie et d'imagerie diagnostique et interventionnelle  
**FACTURE**

**N°: C1151/2022**

| Patient          | Médecin traitant | Date de consultation |
|------------------|------------------|----------------------|
| M. WADEH M'hamed | ZAROUF Rabiaa    | 02/03/2022           |
|                  | <b>Assurance</b> | <b>P.C. N°</b>       |
|                  | MUPRAS           |                      |

| LIBELLE   | Qté                 | Prix U.  | Montant  |  |  |  |
|---|---------------------|----------|----------|--|--|--|
| TDM RACHIS LOMBAIRE OU LOMBO-SACRE                | 1                   | 1 500,00 | 1 500,00 |  |  |  |
| <b>Montant Total</b>                              | <b>1 500,00 Dhs</b> |          |          |  |  |  |
| <b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b> |                     |          |          |  |  |  |
| <b>MILLE CINQ CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES</b>   |                     |          |          |  |  |  |



Edité le : 02/03/2022 à 09:25

Par : ibouhadou





# INTERNATIONAL clinic

## FACTURE

N°: C1149/2022

| Patient          | Médecin traitant | Date de consultation |
|------------------|------------------|----------------------|
| M. WADEH M'hamed | ZAROUF Rabiaa    | 02/03/2022           |
|                  | Assurance        | P.C. N°              |
|                  | MUPRAS           |                      |

| LIBELLE   | Qté               | Prix U. | Montant |  |  |  |
|---|-------------------|---------|---------|--|--|--|
| CONSULTATION (ZAROUF Rabiaa)                      | 1                 | 300,00  | 300,00  |  |  |  |
| <b>Montant Total</b>                              | <b>300,00 Dhs</b> |         |         |  |  |  |
| <b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b> |                   |         |         |  |  |  |
| <b>TROIS CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES</b>        |                   |         |         |  |  |  |



090062100

Edited on : 02/03/2022 at 12:08

By : Iannour





# INTERNATIONAL clinic

## FACTURE

N°: C1159/2022

| Patient          | Médecin traitant | Date de consultation |
|------------------|------------------|----------------------|
| M. WADEH M'hamed | BARGACH Zoubida  | 02/03/2022           |
|                  | Assurance        | P.C. N°              |
|                  | AUCUNE           |                      |

| LIBELLE   | Qté               | Prix U. | Montant |
|---|-------------------|---------|---------|
| CONSULTATION (BARGACH Zoubida)                    | 1                 | 400,00  | 400,00  |
| <b>Montant Total</b>                              | <b>400,00 Dhs</b> |         |         |
| <b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b> |                   |         |         |
| <b>QUATRE CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES</b>       |                   |         |         |



000062100

Edité le : 02/03/2022 à 12:05

Par : njaddad

