

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

- 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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-696252

00971

117598

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 00971 Société : Ram

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ECITAIBI M BARKA Veuve Hamdi

Date de naissance :

07/07/1957

Adresse :

DAR LAMANIE BLOC 4 Imm 2147 CASA

Tél. :

0634674776 Total des frais engagés : 762,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

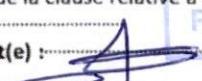
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : MSA

Le : 08/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
96/05/2022	C	15000	INP : 0911107694	DR. FATHI HADJ TOUFIK MEDICINE GENERALE N° 823140412 022.60.6.91 Dr Lamani N.B. CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ABOUSTA BLOC L - N° 8 DO LAMANI Hab. Mohammad Tel: 0522.60.80.21	26/05/22	612.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

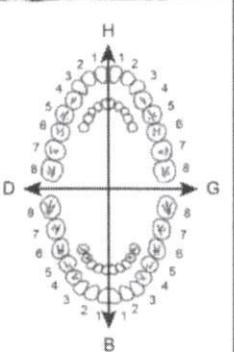
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

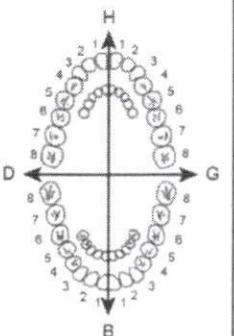
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr. NIBANI KHAYAT Fatima

Omnipraticienne

Lauréate de la faculté de Médecine de Casablanca

Diplômée en Echographie Générale et Obstétricale de Faculté René Descartes Paris

Suivi de Grossesse - ECG

Diplômée en Diabétologie de la Faculté de Médecine Montpellier DU de Nutrition et Diététique Médicale

Faculté de FES

لدكتورة نباني خياط فاطمة

الطب العام

خريجة كلية الطب الدار البيضاء

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

جامعة رونى ديكارت بباريس

مراقبة الحمل - تخطيط القلب

حاصلة على دبلوم أمراض السكري

بكلية الطب مونبلي

دبلوم الحمية الطبية والتغذية

كلية الطب بفاس



96/65/9599
الدار البيضاء، Casablanca, le :

MECHATIPI M BAAKA

20100 - Doflou 1g.
sup/100ml

LOT	212944
EXP	11 2021
PPV	107.60

107.60 - Stofid 75mg
sup/100ml



8280 - Venox 1 gel
sup/100ml



Dr. Fatima NIBANI KHAYAT
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
Lot. G 237 App. 2 Dar Lamane
Tél. 0522.60.66.97 - CASABLANCA

05 22 60 66 97 - شقة 237، ج. الأمان - الحي الحمدي - الدار البيضاء - الهاتف : 2

Lot. G 237 - App. 2 Dar Lamane - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 60 66 97

2050

- ObSee 100.

of refus ref

6126



Dr. YOUSSEF NISANI KHATAT
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
Lot. G 237 APP. 2 Dar Lamane H.I.
Tali: 022.60.60.00 - CASABLANCA

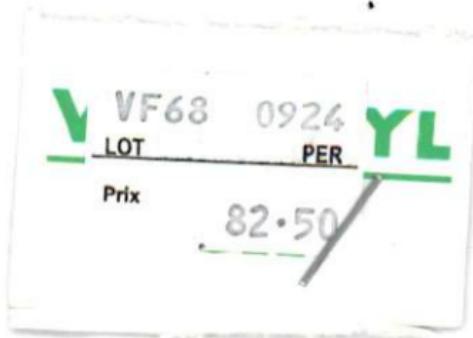
PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE Zakia
BLOC L - N° 8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - CASA
Tali: 0522.40.80.21

VENOXYL

GEL

COMPOSITION :

- Aqua
- Alcohol denat
- Carbomer
- Arachis Hypogaea
- Menthol
- Triethanolamine
- Benzophénone 4
- CI 42090-
- CI 19140



PROPRIETES :

VENOXYL GEL, grâce à l'originalité de ses actions synergiques, lutte efficacement contre :

- * lourdeur et pesanteur des jambes
- * Sensation de chaleur des jambes
- * Mauvaise circulation.

VENOXYL GEL par son action décongestionnante apporte aux jambes fatiguées une sensation immédiate de fraîcheur, hydrate et redonne élasticité à la peau.

CONSEILS D'UTILISATION :

- * Prendre une noix de **VENOXYL GEL** pour chaque jambe dans le creux de votre main
- * Etaler **VENOXYL GEL** en remontant de la cheville à la cuisse jusqu'à absorption complète du produit
- * Pour un meilleur résultat, il est recommandé d'appliquer **VENOXYL GEL** 2 fois par jour
- * Convient à tous les types de peaux
- * Ne tâche pas.

PRECAUTION D'EMPLOI :

- * Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 30 mois.

PRESENTATION :

Tube de 40 ml

USAGE EXTERNE

LABORATOIRES



LABORATOIRES CARILENE

7, RUE du CHANT DES OISEAUX

78360 MONTESSEN

FRANCE

CLOFENE®

Diclofénac

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) Dénomination Commune Internationale

Diclofénac

b) Composition et présentations pharmaceutiques

- CLOFENE G.R.25, comprimés enrobés
 - CLOFENE G.R. 50, comprimés enrobés
 - CLOFENE L.P. 100, comprimés enrobés
 - CLOFENE 50 Suppositoires, Boîte de 10
 - CLOFENE 100 Suppositoires, Boîte de 10
 - CLOFENE I.M. 75, Solution injectable Intra-musculaire
 - CLOFENE I.M. 75, Solution injectable Intra-musculaire
- ### c) Classe pharmaco-thérapeutique
- Anti-inflammatoire non stéroïdien, Analgésique

20,50



2. INDICATIONS

Les indications du CLOFENE sont limitées chez

- des rhumatismes inflammatoires chroniques.
- de certaines arthroses douloureuses et invalidantes.
- des rhumatismes abarticulaires, arthrites microcristallines, lombalgies, etc...
- des dysménorrhées essentielles.

Elles sont limitées chez l'Enfant au traitement des rhumatismes inflammatoires infantiles.

3. ATTENTION !

a) Contre-indications

- Ulcère gastro-duodénal évolutif.
- Hypersensibilité connue au Diclofénac ou à l'acide acétylsalicylique, ou à un autre A.I.N.S.
- Rectites, recto-colites, colites hémorragiques.
- Troisième trimestre de grossesse et allaitement.
- Insuffisance hépatique ou rénale sévères.
- Enfant de moins de 15 ans (CLOFENE 50 comprimés)
- Enfant de moins de 17 kg (CLOFENE 25 comprimés) et moins d'un an (CLOFENE 25 suppositoires)
- Sujets chez lesquels crise d'asthme, urticaire ou rhinite allergique sont favorisés par l'administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres A.I.N.S.

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

b) Mises en garde et précautions d'emploi

- Suivi des fonctions rénale et hépatique, de la diurèse et des paramètres sanguins chez les sujets néphrotiques, cirrhotiques et âgés fragilisés.
- En cas d'apparition de symptômes digestifs et hémorragiques, le traitement doit être arrêté.
- Pour les opérés et les cardiaques traités par les diurétiques : hydratation adéquate, couverture du risque d'hyperkaliémie et suivi des prises concomitantes.
- Le traitement est déconseillé au cours du premier trimestre de la grossesse.
- Chez les conducteurs et utilisateurs de machines: apparition possible de rares troubles de vigilance.