

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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

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.

**MUPRAS** : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-718872

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8680 Société : RAM.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Abkari A. MAL

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06.66.03.74.56 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : ABKARI A. MALE Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Fracture de l'os de la main

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fourmiesien	Date
	Montant de la Facture
04.04.22	52.50

[illegible]

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

<b>RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
<p>The diagram shows a top-down view of the upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides of each arch. The top arch is labeled 'H' at its anterior end and 'D' at its lateral ends. The bottom arch is labeled 'B' at its posterior end and 'G' at its lateral ends.</p>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412    21433552 00000000    00000000		
	D ————— G		
	00000000    00000000 35533411    11433553		
	B		MONTANTS DES SOINS
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور الحكيم مصطفى  
Docteur. LAHKIM Mostafa  
طبيب إختصاصي في جراحة العظام  
Specialiste en Chirurgie  
Traumatologique et Orthopédique Enfants et Adultes



Chirurgie des Os et des Articulations  
Chirurgie du Rachis  
Chirurgie de La main

جراحة العظام و المفاصل  
جراحة العمود الفقري  
جراحة اليد

Mohammedia, le: 04/10/2022

ABKARI AMALE

52.50

*Arifra f*  
*20*

PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880



Avenue des FAR 11 Rue Doukkala  
Mohammedia (Kasbah)

0523 32 90 46

شارع الجيش الملكي 11 زنقة دكالة  
المحمدية (القصبية)

Patente n° : 39403365 - INP : 141061127 - ICE : 001656975000015 - IF : 54505845 - CNSS : 7806849

# ARTIFLEX® GEL

## Présentation :

- Tubes de 30 g et de 60 g.

Usage externe

## Composition :

Aqua, acritamer, disodium edta, propylene glycol, menthol, rosmarinus officinalis, ca  
PEG-40 hydrogenated castor oil, triethanolamine, sodium dehydroacetate, arnica m  
capsicum frutescens, harpagophytum procumbens, hamamelis virginiana, thymus v  
caryophyllus, methyl salicylate, uva ursi, benzyl alcohol, dehydroacetic acid.



## Propriétés :

Actions anti-inflammatoire et antalgique naturelles.

Formule conçue pour le soulagement des douleurs musculaires et articulaires bénignes associées à l'arthrite, à l'effort, aux ecchymoses, aux entorses et aux maux de dos.

Principes actifs	Principales propriétés
Harpagophytum	Anti-inflammatoire naturel utilisé lors des rhumatismes (arthrose, arthrite, lombalgie, tendinite, mal de dos)
Capsicum frutescens	Antirhumatismal
Eugenia caryophyllus	Analgésique, anti-inflammatoire.
Hamamelis virginiana	Anti-inflammatoire, recommandé pour les contusions et les entorses.
Calendula	Anti-inflammatoire, anti-œdémateux et anti-oxydant
Thymus vulgaris	Anti-inflammatoire.
Arnica montana	Traite les ecchymoses et les contusions.
Rosmarinus officinalis	Veinoprotecteur
Methyl salicylate	Analgésique et anti-inflammatoire.
Uva ursi	Antiseptique

## Conseils d'utilisation :

- Arthrite
- Tendinite
- Maux de dos
- Entorse
- Foulure

## Mode d'emploi :

Appliquer le gel trois à quatre fois par jour et frictionner jusqu'à pénétration. Eviter tout contact avec les yeux, les muqueuses ou les lésions cutanées.

Fabriqué par Les Laboratoires IRCOS Maroc  
Sous licence des Laboratoires IRCOS Italie  
Pour RAMOPHARM