

## 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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0004688

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3105 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HOUBAI Moha Date de naissance : 01.01.1951  
 Adresse : Cite Dyouma jaur'6 1 N° 3 Rue 2 Cas  
 Tél. : 0669 56 11 42 Total des frais engagés : 375,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01.09.22  
 Nom et prénom du malade : KHADIJA MTAISI Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : fracture clavicule  
 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 : 18.09.2020 Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

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



### RELEVÉ 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
01/09/22		2	800	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Laboratoire  
Date  
Montant de la Facture

01/09/22 75,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

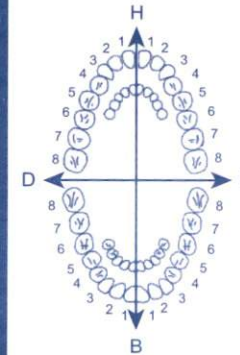
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

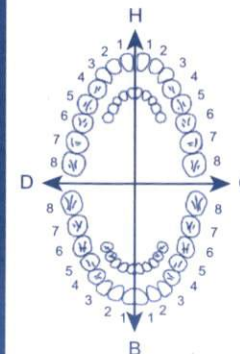
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Professeur Salah FNINI

Ex-enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Traumatologie Orthopédie et Prothèses des membres

Chirurgie de la main, des nerfs périphériques réparatrice de l'appareil locomoteur

Médecine et Chirurgie du sport DIU de microchirurgie de Paris

Certificat de chirurgie du pied Rabat

DULASTAN

دولاستان 2 mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00

AMISSI KHADISSA

37,00

bel 19/11

(10)

DULASTAN

19/11 x 2

Mej -

(2)

38,90

Di for bel 5

19/11 x 3

PHARMACIE BISMILALAH  
Dr. LAHLOU KHALED  
1531, Bd. Mohammed VI - Casablanca  
Tel.: 05 22 29 19 95

Professeur FNINI Salah  
Traumatologie - Orthopédie  
15 Rue de La Lande Angie Rue  
Amyot Quartier des Hôpitaux  
Tel: 05 22 86 28 11  
Clinique Consultation  
1531 29 19 95



# DIFAL® 1% Gel

## Diclofénac sodique

### PRESENTATIONS ET COMPOSITION:

Gel dosé à 1% de Diclofénac sodique : Tubes de 20 g et de 50 g.

### PROPRIETES:

Le diclofénac est un anti-inflammatoire non stéroïdien, dérivé de l'acide phénylacétique du groupe des acides arylcarboxyliques.

Sous forme de gel, il possède une activité locale anti-inflammatoire et antalgique.

### INDICATIONS:

Traitement local de courte durée chez l'adulte (à partir de 15 ans), en cas de traumatologie bénigne, entorses, contusions,

- Tendinites des mains.

### CONTRE:

épaveurs et inférieurs.  
et post-traumatiques.  
de l'arthrose douloureuse des doigts et des genoux.

substances d'activité proche, telles qu'autres AINS, aspirine, composants.

de la grossesse.

lésion : dermatoses suintantes, eczéma, lésion infectée, brûlure ou plaie.

érythèmes, dermatites (incluant les dermatites de contact).

Un prurit associé est parfois observé.

urticaire, purpura, ulcérations locales.

ngioneurotique (œdème de Quincke).

survenue de crise d'asthme peut être liée chez certains sujets à une allergie à l'aspirine ou à un AINS. Dans ce cas,

DIFAL 1% Gel est contre-indiqué.  
Autres réactions cutanées : cas isolés de photosensibilité.

Autres effets systémiques des AINS:

Ils sont fonction du passage transdermique du principe actif et donc de la quantité de gel appliquée, de la surface traitée, du degré d'intégrité cutanée, de la durée du traitement et de l'utilisation ou non d'un pansement occlusif (effets digestifs, rénaux).

### MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI:

Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans).

### EFFETS INDESI- RABLES

Cas fréquents

Réactions

Cas rares

Réactions

Cas très rares

Réactions

Réactions

Problèmes