

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° W21-789782

AS3906

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 8754 | | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELILAH | | | |
| Date de naissance : 27-10-1965 | | | |
| Adresse : C. RES WARDA APT 7 WAFAZ | | | |
| Tél. : 0666871065 | Total des frais engagés : 581,80 Dhs | | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : EL HASSANI ABDELILAH Age : 57ANS | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Dysfonctionnement des jambes | |
| 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 : CASABLANCA Le : 14/03/2023 | |
| 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/02/23 | CS | | 300.- | INP : 091167566  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|-----------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Salma</i> | <i>15/02/23</i> | <i>281,80</i> |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHESIVE

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|
| | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- Ancien Interne des Hôpitaux de France
- Ancien Praticien en Belgique
- Diplôme de Médecine et traumatologie du Sport à Reims
- Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- Chirurgie de la Main et Pied
- Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمن أبو شامة

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

- شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا و ممارس سابق ببلجيكا
- دبلوم في الطب الرياضي والإصابات ببرنس
- الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- جراحة الكسور والروماتيزم
- جراحة العمود الفقري
- جراحة اليد و القدم

Casablanca, le : 15/02/2023 الدار البيضاء، في:

95 E.C HASSAN. ABDELLAH

82.W

1. Cadeau 7-
61.W (SV) 5-11 au niveau de l'ep. 5-6

2- 7-03 197 7-

82.W (SV) 5-11 au niveau de l'ep. 5-6

3- 7-202 201 7-

79.W (SV) 5-11 de 5-6 au 7

4- Flexion lente

(SV) 5-11 per mense x 3/1

37:11

5. DUCASIAN

0 - 0 - 2



281,80

Bureau Médecin **ABOUCHELIK**
Généraliste et Spécialiste Traumatologique

61, Route d'Oulfa - 24200 Daraa,
Oulfa - Casablanca

Tél. 0522 274801 - Urgences: 061241346



Composition :

Huile de térébenthine, huile de sauthén[®], couchée, huile de narayan, huile de mahavishnugarba, huile de panchaguna, huile de maharanayan, huile de mahamasha, camphor, menthe verte, huile de cannelle, huile d'eucalyptus, ajowan, huile de piment d'ornement, boswellie, huile de clous de girofle et huile de sésame.

Conseils d'utilisation :

Prenez 4 à 5 gouttes d'huile, mettez sur la zone affectée et faire pénétrer en massant doucement.

طريقة الاستعمال :

يج ووضع 4 إلى 5 قطرات من الزيت على المنطقة المصابة و تلتها برقن.

Précautions d'emploi :

Seulement pour usage externe. Tenir hors de la portée de la vue des enfants. Ne pas utiliser si vous êtes allergique à l'un des ingrédients du produit LEXANAT[®] Huile. Si la douleur persiste, consultez votre médecin. N'appliquez pas ce produit sur une peau blessée, irritée, coupée, grattée ou brûlée par le soleil. Ne pas bander ou envelopper hermétiquement la zone affectée. Évitez le contact avec les yeux. La chaleur peut provoquer une sensation de rougeur ou de picotements sur le site d'application.

احتياطات الاستعمال :

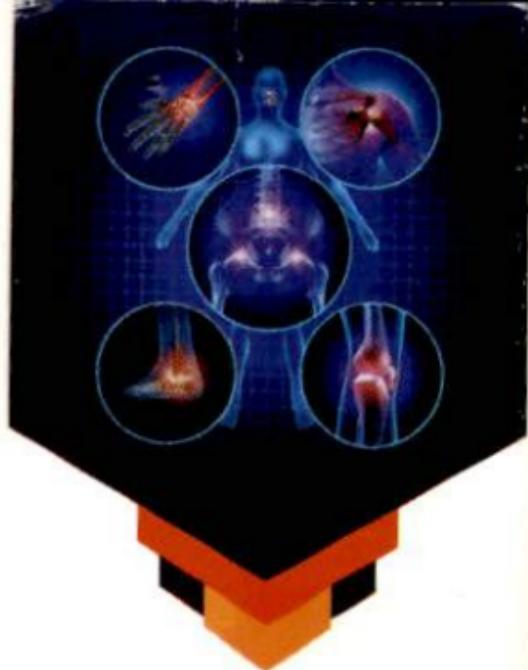
للاستخدام الخارجي فقط. يبقى بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال. لا تستخدمه إذا كنت تعاني من حساسية لأي من مكونات هذه الزيت. إذا استمر الألم، قم باستشارة طبيبك. لا تقم بتطبيق هذه الزيت على الجلد المصابة بجروح أو المصاب بحرق شمسية. لا تقم بلف المحتلة المصابة بالحکار تحف ملامسة الأعنق قد تسبب الحرارة الحرارة الحسراً أو الحسلاً بالوخز في موقع الاستعمال.

Conditions de stockage :

garder le flacon bien fermé. A conserver dans un endroit frais et à l'abri de la lumière dans une température ne dépassant pas 30°C.

شروط التخزين :

يجب إبقاء المنتج مغلق بالحکام و حفظه في مكان بارد و مظلم في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.



Huile
FLEXANAT[®]

À base de plantes

DOULEURS MUSCULAIRES,
ARTICULAIRES ET DORSALES

آلام العضلات و المفاصل و الظهر

VOIE TOPIQUE

50 mL

LOT 220445
EXP 01/2024
PPV 82.10DH

20 mg

Voie orale

14 gélules
Microgranules gastrorésistants

MEZOR®
Esoméprazole

MEZOR®
20 mg Esoméprazole

14
gélules

DULASTAN®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500mg / 2mg



Voie orale

Boîte de 20 comprimés

DRM
Pharma

5 4 3 2 1

دوالستان® 500mg / 2mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

37,00

Boehringer Ingelheim



S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca

Fabriqué par BOTU s.a.

b

14 comprimés sécables

Uniquement sur ordonnance

15 mg

Meloxicam

Mobic®

15 mg

PPV: 61DH50

PER: 10/25

LOT: L3656

