

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0018970

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3697 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL MLoukhi MOHAMMED  
 Date de naissance : 25-11-1959  
 Adresse : CITE ESSALAM GH6 Imm 39  
 APPT 9 EL OULFA CASABLANCA  
 Tél. : 0622487455 Total des frais engagés : 792,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur AKKAL Noura  
 HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
 710, Bd. Oued Sebou 2ème Etage N° 3  
 El Quifa - Casablanca  
 Date de consultation : 03/03/2023  
 Nom et prénom du malade : EL MLoukhi Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affection digestive  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 03/03/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 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
01/03/23		8	300 014	Docteur AKKAL Nour HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE 710, Bd. Ouec Sebou 2ème Etage N° 3 El Oulfa - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE AHMED RAYAN  
Dr. MALKI Nour-eddine  
Résidence Cité Essalam «Addohat»  
Imin 17 N°1 El Oulfa  
Tél: 05 22 89 83 34 - Casablanca

01/03/23 492,00

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Spécialiste des maladies de l'appareil digestif,  
du foie et Proctologie  
Echographie abdominale  
Endoscopie digestive**

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد - الأمعاء - المعدة والبواسير  
الفحص بالصدى  
الكشف بالمنظار

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès  
Ancienne Médecin du CHU Ibn Sina de Rabat  
Diplômée en proctologie de la Faculté de Médecine de Rabat  
Diplômée en Diététique Médicale et Nutrition de la Faculté  
de Médecine de Fès

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس  
طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا الجامعي بالرباط  
دبلوم جامعي في علاج أمراض الشرج والبواسير بكلية الطب بالرباط  
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية والحمية بكلية الطب بفاس

## Ordonnance

Casablanca, le :

04/03/2024

LOT 221253  
EXP 04/2024  
PPV 122.80DH

2150  
19280  
Docteur AKKAL Noura  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE  
710, Bd. Oued Sebou, 2ème Etage N°3  
Casablanca

El Moulkhi Nohed

LOT 221252  
EXP 04/2024  
PPV 215.00DH

Négar ho mg

1 gel x 2 j 10 j

4840 puis 1 gel j à jeun 15 j

② Gaviscon 8 mg

105,80 1 cà s x 3 j (1 flacon)

③ Lioresal

492,00 1/2 cp x 3 j  
pi 1 cp x 2 j

PH AHMED RAYAN  
Le : 04/03/24  
N°: 16994

05-06  
Docteur AKKAL Noura  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGUE  
710, Bd. Oued Sebou, 2ème Etage N°3  
Casablanca





## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament :

**LIORESAL® 10 mg**

DCI : Baclofène

Comprimés. Boîte de 50



○ **LIORESAL® 10 mg**

Boîte de 50 comprimés

PPV: 105.80 DH

interagissant, ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné

ment l'intégralité de cette  
de ce médicament.

Vous pourriez avoir besoin de

questions, si vous avez  
plus d'informations à votre

### Posologie usuelle

Les adultes commencent habituellement par 5 mg ( $\frac{1}{2}$  comprimé) 3 fois par jour. La dose est ensuite progressivement augmentée tous les 2 jours jusqu'à l'obtention d'un résultat optimal, ce qui peut se produire entre 30 mg et 75 mg par jour, répartis en 3 prises. Votre médecin peut éventuellement vous prescrire une posologie plus élevée.

Chez les enfants, le dosage dépend du poids et est établi par le médecin.

La prise de Lioréal doit toujours être fractionnée, habituellement en 3 à 4 doses par jour.

Si votre médecin vous prescrit une posologie différente de celle mentionnée ci-dessus, conformez-vous à ses instructions.

Lioréal doit être pris pendant les repas, avec un peu de liquide. Si nécessaire, vous pouvez fractionner les comprimés.

### Que faire si vous avez oublié de prendre une dose?

S'il vous arrive d'oublier de prendre une dose au moment prévu, ne vous faites pas de souci. Prenez cette dose dès que vous y pensez. Cependant, s'il est bientôt temps de prendre la dose suivante, ne la prenez pas en même temps que celle que vous avez oubliée, car il ne faut jamais doubler la posologie.