

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048193

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2017 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : WAKIM KHADIJA AL6394
 Date de naissance : 08/04/1955
 Adresse : Beausigon, rue AL OKHOANE, REALKADOTARSTI
 Apt n° 13 CASABLANCA
 Tél. : 6662146863 Total des frais engagés : 668,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAISSOUNI Nouha
 Rhumatologue
 262, Bd. Yacoub El Mansour, 1er Etage N°10
 Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

Date de consultation : 09/06/2023
 Nom et prénom du malade : M. WAKIM KHADIJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lombalgie
 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 : 26/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
09-06-23		CS	300,00	Dr. RAISSOUNI Rhumatologue 252, Bd. Yacoub El Mansour Tél: 05 21 23 04 05 - 05 21 23 04 06 Mise: 09 10 91 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HRA Dr. Ahmed CHARTY 09 203 1392	9/06/23	368,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

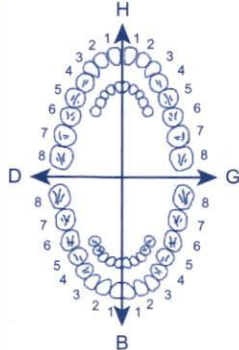
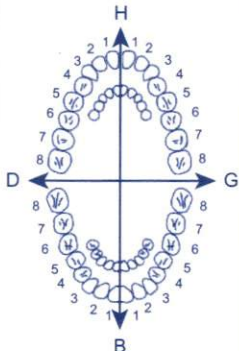
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Dr. RAISSOUNI Nouha

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris - Cochin
Ancienne Chef de Département de Médecine
de l'Hôpital Mohammed Sekkat - Casablanca

Rhumatologue - Rhumatologie interverctionnelle
Maladies de Systèmes
Echographie Ostéoarticulaire
Podologie
Médecine du Sport



الدكتورة نهى الريسوني

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس كوشان
رئيسة سابقة لمصلحة الطب
بمستشفى محمد السقاط بالدار البيضاء
أخصائية العظام والمفاصل والغضروف والروماتزم
أمراض التهابات الباطنية
فحص العظام والمفاصل والأوتار بالصدى
علاج الأرجل
الطب الرياضي

Casablanca le:.....:الدار البيضاء في:

09 juin 2023

Mme WAKIM Khadija

188, ∞
PIASCLEDINE 300

1 gelule/jour pendant 3 mois

28,80 x 3
VITANEVRIL FORT

1 comprimé fois 3 / jour pendant 1 mois

94, ∞
MYDOFLEX

1 cp 2/jour pendant 5 jour, puis 1 par jour pendant 5 jours

368,40

NPE: 091091314

262 Bd. Yacoub El Mansour 1^{er} étage N°10 (en face arrêt station Bus Way Yacoub El Mansour)

شارع يعقوب المنصور 262 الطابق الأول رقم 10 (أمام محطة Bus Way يعقوب المنصور)

05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84

PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

بياسكليدين 300

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين



1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®

LABORATOIRES

30

GÉLULES

كبسولة

بياسكليدين 300[®]
300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصين

فيتانفريل[®] قوي



بنفوتيامين 100 ملغ

28,80

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



Composition:
Benfotiamine 100 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé
Lactose, saccharose
lire attentivement la notice avant utilisation
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL[®] FORT 100 mg



30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

6

25x34x79

فيتانفريل[®] قوي



بنفوتيامين 100 ملغ

28,80

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



Composition:

Benfotiamine

Excipients q.s.p. 100 mg

Excipients à effet notoire :
lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL[®] FORT 100 mg



30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

6

25x34x79

فيتانفريل[®] قوي



بنفوتيامين 100 ملغ

28,80

30 حبة ملبسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER



Composition:

Benfotiamine

Excipients q.s.p. 100 mg

Excipients à effet notoire :
lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL[®] FORT 100 mg



30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

6

25x34x79

MYDOFLEX®

Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale

 LABATEC



6 118001 260850

MYDOFLEX® 150 mg
Tolpérisone HCl
30 Comprimés pelliculés

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver Mydoflex dans son emballage original
à la température (15-25°C), à l'abri de la lumière
et l'humidité.
Posologie et Mode d'emploi :
consulter la notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال.
يحفظ ميدوفليكس في عبوة الأصلية في درجة
حرارة بين (15-25) مئوية، بعيداً عن الرطوبة
والضوء.
للجرعة وطريقة الاستعمال :
اقرأ النشرة المرفقة.

45x25.5x100

GTIN: 06118001260850
LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 940hs00

