

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

- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6047	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abb 394
Nom & Prénom :		WAKIM KHADIJA	
Date de naissance :		28/04/1955	
Adresse :		Boulevard, rue ALOKHANE, KSA ALKAOUTAR II	
APT. N° 13		CASA	
Tél. :		5662.446.863	
		Total des frais engagés : 668,40 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2023

Nom et prénom du malade : 1^e WAKIM KHADIJA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Combosistologiques

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

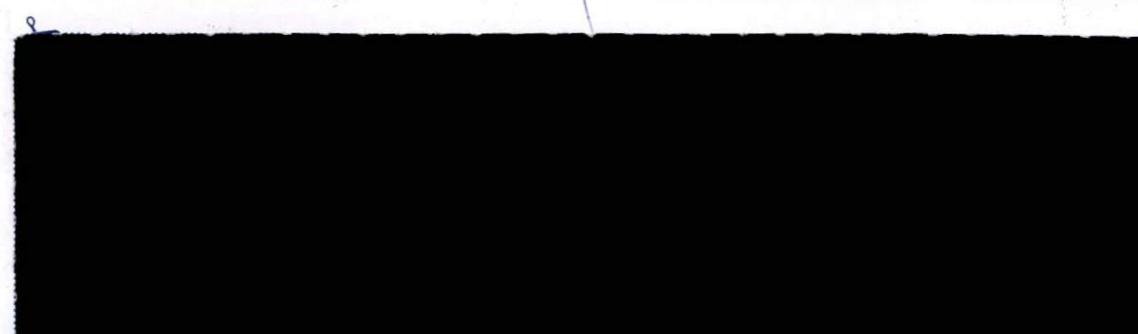
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
09-06-23	CS	300,00		DR RAISOUNI Rhumatologue 262, Bd. Yacoub El Mansouri - 10235 N°10 Tél: 0521 230 000 - 091 06 26 34 Mai 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAFSA Dr. Ahmed CHAFRI 092031392	09/06/23	368,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

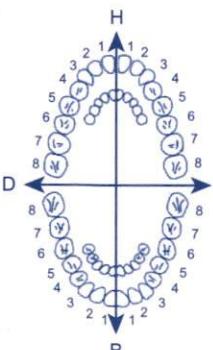
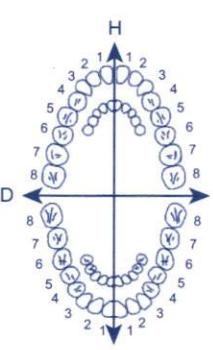
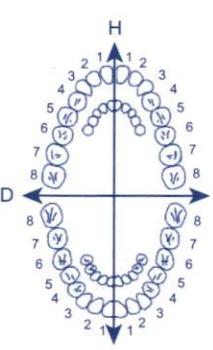
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	H	25533412	21433552	DATE DU DEVIS
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. RAISOUNI Nouha

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

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



الدكتورة نهى الريسواني

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

Casablanca le: الدار البيضاء في:

09 juin 2023

Mme WAKIM Khadija

PIASCLEDINE 300

188,00
28,80 x 3
VITANEVRIL FORT

94,00
1 comprimé fois 3 / jour pendant 1 mois

MYDOFLEX

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

368,40

NPE: 091091314

Dr. RAISOUNI Nouha
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)
Tél: 05 22 23 06 06 / 06 66 66 89 84
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

پیاسکلیدین® 300
ملحق من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبن
300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

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

پیاسکلیدین® 300

300 ملخ من الأفوكا و الصويا غير القابلين للتصبن

1 gélule / jour
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®
LABORATOIRES

30

GÉLULES
كبسولة

فِسْتَافِرِيل®

بنفورتيما مين 100 مليغ



30 حبة ملبيسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

28,80



التركيبة:

بنفوتiamine:

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notable :

lactose, saccharose

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

VITANEVRIL® FORT 100 mg

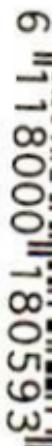
30 comprimés pelliculés



6

25X34X79

6 118000 180593



فِسْتَافِرِيل®

بنفورتيما مين 100 مليغ



30 حبة ملبيسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

28,80



التركيبة:

بنفوتiamine:

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notable :

lactose, saccharose

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

VITANEVRIL® FORT 100 mg

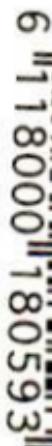
30 comprimés pelliculés



6

25X34X79

6 118000 180593



فِسْتَافِرِيل®

بنفورتيما مين 100 مليغ



30 حبة ملبيسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

28,80



التركيبة:

بنفوتiamine:

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notable :

lactose, saccharose

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

VITANEVRIL® FORT 100 mg

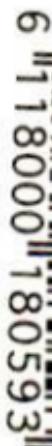
30 comprimés pelliculés



6

25X34X79

6 118000 180593



6 118001 260850



30 Comprimés Pelliculés

MYDOFLEX® 150 mg

Tolperisone HCl

B
consimilare

ETU13468-A

MYDOFLEX® Tolperisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

✓ 15



LABATEC

Voie orale

بعدن بعدن من متناول و مرأى الأطفال.
يحفظ ميدوفلكس في عبوة الأصلية في درجة حرارة بين (15-25)° مئوية، بعيداً عن الرطوبة والضوء.

الجرعة وطريقة الاستعمال :
إقرأ النشرة المرفقة.

45x25.5x100

GTIN: 06118001260850

LOT: 3973

MFG: 03 2022

EXP.: 03 2025

PPV: 940hs00

