

## 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° W19-448512

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000592 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NAOU AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. LAZRAK  
Rhumatologue  
Hôpital Moulay Youssef - Casablanca  
22 NOV. 2015  
ACQUÉ

Date de consultation : 20/11/2015

Nom et prénom du malade : YALLOU

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthrose

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCU

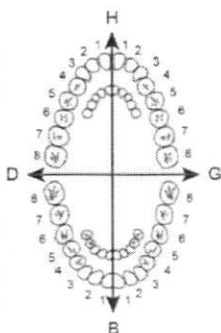
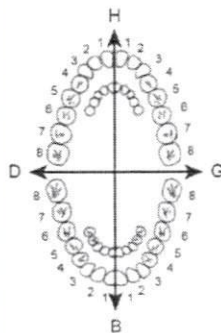
[illegible]

# 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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Moulay Youssef Casablanca

Reçue de M.

La somme de

Ministère de la Santé  
C.H.R. Moulay Youssef Casa  
N° 005944 /R  
Quittance  
Caisse 1  
Cachet du Service  
Délégation Médicale - Casa - Anfa

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
Total		

Le, 20/11 20 19  
Signature du  
Régisseur



ROYAUME DU MAROC  
MINISTRE DE LA SANTE  
DELEGATION MEDICALE CASA-ANFA  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
MOULAY YOUSSEF

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المنشورية الطبية الدار البيضاء - أنفا  
المركز الاستشفائي الإقليمي  
مولاي يوسف

## ORDONNANCE

date: 20/11/19

Mme YALLOU AÏCHA

PHARMACIE EL MANAR

CASA S.A.R.L. A.U

48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne  
CASABLANCA

1) Relaxol CP  
(53.10 x 2)  
1 - 1 - 2 x 07 jours  
(pas plus!)

4980

2) Adiflex gel

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L. A.U  
48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne  
CASABLANCA  
1 application x 3 j x 07

3) Duoflex (bri 60g)

35000

79501 gel 1/2 au milieu

4) D3 Norm. gouttes  
585,50  
30 gouttes / semaine x 04 semaines

### Présentation :

- Tubes de 30 g et de 60 g.
- Usage externe

### Composition :

Aqua, acritame  
PEG-40 hydrog  
capsicum frutes  
caryophyllus, m

### Propriétés :

Actions anti-infla  
Formule conçue  
à l'arthrite, à l'eff

### Principes actifs

Harpagophyту

Capsicum frutes

# ARTIFLEX® GEL

LOT : 4251/FC9  
10/2022 PPC 49,80

Tube de 60g

## Relaxol® 500mg / 2mg

Paracétamol/ thiocolchicoside

comprimé

Ce médicament  
l'identification  
pouvez y contrôl  
en fin de rubric

Veuillez lire at  
ce médicament.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. • Si vous avez  
toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à  
votre médecin ou à votre pharmacien. • Ce médicament vous a été

LOT : 9MA118  
PER : 04/2022

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



avant de prendre

NOFI

mettra  
Vous  
rez. Voir



## Relaxol® 500mg / 2mg

Paracétamol/ thiocolchicoside

COM

Ce mé  
l'identi  
pouvé  
en fin

LOT : 9MA118  
PER : 04/2022

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V : 53DH10



avant de prendre

SANOFI

re qui permettra  
la sécurité. Vous  
ous observez. Voir

# D3 NORM

GOÛTTES BUVABLES

D3 NORM Gouttes 30ml

PPC : 79,50 DH

Lot :  
190083

Therapharm

consom  
ant le:

Ceci est dû au fait que les produits formés dans votre organisme lorsque vous prenez du thiocolchicoside à des doses élevées peuvent provoquer des lésions sur certaines cellules (nombre normal de chromosomes). Cela a été mis en évidence lors d'études chez l'animal et d'études en laboratoire. Chez l'homme, ce type de lésions cellulaires est un facteur de risque de cancer, d'altération de la fertilité masculine et peut être dangereux pour un enfant à naître. Parlez-en avec votre médecin si vous avez plus de questions.

## DUOFLEX 60 GELULES

LOT : 190002

PER : 06/2022

PRIX : 350 DH

# DUOFLEX

8 comprimés de Relaxol) ou pour une durée dépassant 7 jours. Ceci est dû au fait que les produits formés dans votre organisme lorsque vous prenez du thiocolchicoside à des doses élevées peuvent provoquer des lésions sur certaines cellules (nombre normal de chromosomes). Cela a été mis en évidence lors d'études chez l'animal et d'études en laboratoire. Chez l'homme, ce type de lésions cellulaires est un facteur de risque de cancer, d'altération de la fertilité masculine et peut être dangereux pour un enfant à naître. Parlez-en avec votre médecin si vous avez plus de questions.

Votre médecin vous renseignera sur toutes les mesures relatives à une contraception efficace et sur les risques potentiels d'une grossesse.

La durée du traitement est limitée à 7 jours consécutifs.

Avant de débuter un traitement par ce médicament, vérifiez que vous ne prenez pas d'autres médicaments contenant du paracétamol.

La prise de paracétamol peut entraîner des troubles du fonctionnement du foie. Prévenez votre médecin si vous pesez moins de 50 kg. • Si vous avez une