

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.



Déclaration de Maladie

M23-0015984

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0939 Société : Norm
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 198085
 Nom & Prénom : ALAHIA Omar
 Date de naissance : 1-47
 Adresse : HRYW Stip Rue EL Jouda N°15 BEAUFORT
 Tél. : 0662497200 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DORAD BENZAKOUR-KNIDEL
 Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
 7, Rue Mohamed Diouri - Casa
 Tél : 05 22 43 05 05 / 05 61 20 09 41

Date de consultation : 04/03/2024
 Nom et prénom du malade : EL GALLOUKI Fatima Age : 74
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Gm an H2 on
 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 : 04/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/03/24	G	1	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BORJEL BERNOUSSE 612, Bd. Souhaila Erroum Sidi Bernoussi - Casablanca Tél: 0522.75.79.81 0922.75.79.81 - FAX: 0522.75.79.81	04. 3. 24	3170

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

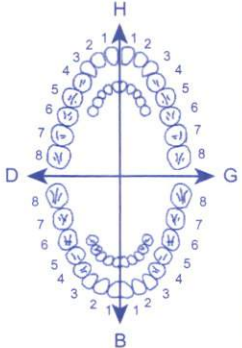
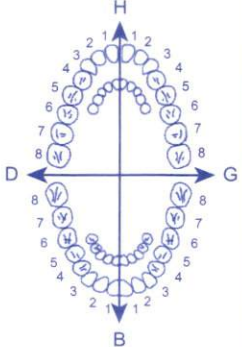
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
																		
CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT 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

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Podologie - Arthroscopie

الدكتور دريد بنزاكور كنيدل

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج جامعة الطب بكرونويل

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le

04.03.24

7^{me} EL JALLOUKI Fatima

STRUCTUM 500MG 60 GE

MAPHAR

P.P.V. : 222,00 DH

22200

STRUCTUM

9500

Artflex

31700

2 fm / f

2 à 3 fm / f

PHARMACIE
BORJ EL BERNOUSSI
612, Bd. Souhaib Erroumi
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél : 0522.74.06.85-Fax : 0522.75.79.84

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
7, Rue Mohamed DIOURI - Casa
Tél: 05 22 45 05 05 - 06 61 20 09 41

7. زنقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

المستعجلات : 06 61 20 09 41 - الهاتف : 05 22 45 05 05

ICE : 1809928000059

Presentation :

- ROLL-ON of 60 ml.
- External use.

Composition :

Aqua, caprylic/capric triglyceride, isopropyl alcohol, glycerin, acrylates/C10-30 alkyl acrylate crosspolymer, menthol, methyl lactate, capsicum frutescens extract, uva ursina extract, ginseng extract, arnica montana flower extract, centella asiatica extract, thymus vulgaris extract, uva ursi extract, eugenia caryophyllus extract, castor oil, methyl salicylate, pinus pumilio leaf oil, eugenia officinalis oil, lavandula angustifolia oil, thymus vulgaris oil, ethyl alcohol.



anti-inflammatory and antalgic natural actions
muscle pain and benign joint pain.

6 for relief of muscle and joint pain localized to the back, neck, shoulders, elbows, wrists, knees and ankles

Indications :

- Muscle spasms
- Muscular Tears
- Aches
- Stiffness

ARTIFLEX® ROLL on relieves pain and facilitates movement.

Directions :

- Apply Roll one 3 - 4 times a day
- Avoid contact with eyes, mucous membranes or skin lesions

Manufactured by Laboratoires IRCOS Maroc

Under License of Laboratoires IRCOS Italy

For **Ramo-Pharm**