

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.



Declaration de Maladie

N° W19-485080

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501 Société : (43532)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ouled Boumebdi Mira

Date de naissance : 01/04/1951

Adresse : Rue ALKasbah N° 54 Hay linhiat safi

Tél : 06 44 64 68 68 Total des frais engagés : 780,40 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/2020

Nom et prénom du malade : OULED BOUMEBDI Mira Age: 69

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

Nature de la maladie : Las. 3

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Salé Le : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-485080

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule 663501
Nom de l'adhérent(e) : Ouled Boumebdi Mira
Total des frais engagés : 780,40

[illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/03/2008	530,40

Cachet du Pharmacien
ou du fournisseur

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

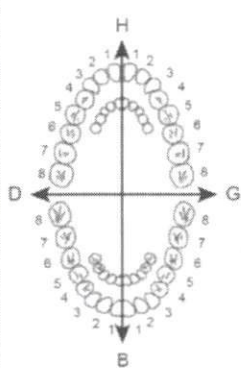
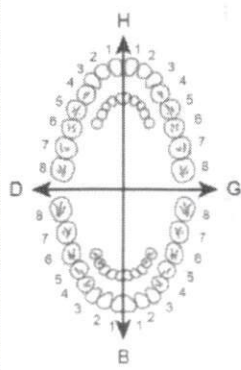
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

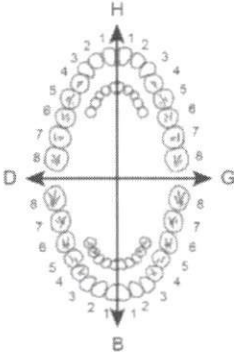
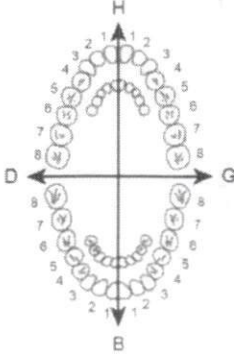
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [][][][][][][][][][]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																	
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <table><tr><td></td></tr></table>																																	
							MONTANTS DES SOINS <table><tr><td></td></tr></table>																																
							DEBUT D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																																
							FIN D'EXECUTION <table><tr><td></td></tr></table>																																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																					
	<table><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 colspan="2">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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B																					
	H																																						
	25533412	21433552																																					
	00000000	00000000																																					
	G																																						
	00000000	00000000																																					
	35533411	11433553																																					
	B																																						
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																							
					</																																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Hassane BENKHLAFA

Médecin spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation

الدكتور حسن بنخلافة
طبيب متخصص في الطب الفزيائي

Titulaire des :

- Diplôme inter-universitaire de spécialité en Médecine Physique et de Réadaptation
- Université René Descartes - Paris
- Diplôme Universitaire des maladies de la colonne vertébrale
- Faculté de Médecine Xavier Bichat - Paris
- Diplôme inter-universitaire des maladies musculaires et squelettiques liées au sport
- Faculté de Médecine Xavier Bichat - Paris
- Diplôme universitaire en gériatrie et gérontologie
- Faculté de Médecine et de Pharmacie - Rabat
- Diplôme Universitaire en échographie traumatologique et orthopédique
- Faculté de Médecine et de Pharmacie - Rabat



حائز على :

- دبلوم بين ال. عي للإختصاص في الطب الفزيائي
- جامعة زري دويوت. باريس
- دبلوم جامعي في أمراض العمود الفقري
- كلية الطب كزافيي بشات. باريس
- دبلوم بين جامعي في أمراض المفاصل، العضلات والعظام الناتجة عن الرياضة
- كلية الطب كزافيي بشات. باريس
- دبلوم جامعي في أمراض وعلم الشيخوخة
- كلية الطب والصيدلة - الرباط
- دبلوم جامعي في التشخيص بالصدى (التفزة)
- لأمراض المفاصل، العضلات والأوتار
- كلية الطب والصيدلة - الرباط

Sur Rendez-vous

بالموعد

Salé le :

05/09/2020

M^{me} OULENBOUMENDI RUI

25500

① - Alys 75

1 cp 1T bsc

134/668
05/09/2020

14430

② Isox 200 ml

1 xll 1T p/w

9600

③ Prugl 200 ml

1/1T bsc

PHARMACIE GET WELL SARL
(Ex Pharmacie Ikram)
91, Bloc 12, Sect. 11 - Hay Essalam
Salé - Tel : 05 37 81 13 63
INP : 102034253



3513

Ben dany

3 x 5

58040

المرجو إحضار الوصفة الطبية ورقم الملف عند الموعد المقبل
Prière de ramener cette ordonnance et le numéro du dossier au prochain contrôle

Dr. Hassane BENKHLAFA
Médecin spécialiste en Médecine Physique et de Réadaptation
Université René Descartes - Paris
Faculté de Médecine et de Pharmacie - Rabat
e-mail : docbenkh@yahoo.fr
Patente N° : 28819222 - CNSS N° : 6317714 - IGR N° : 36215430 - INP N° : 101023406

يحفظ بعيدوز عن الحرارة والرطوبة

A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS
لا يترك في متناول الأطفال

للبروفان
LABORATOIRES

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFFINITE DU NORD - 21, RUE DES OUDAM - CASABLANCA - MAROC

BECIDOUZE®

20 dragées



6 118000 031192

21

®

بيدوز
فيتامين ب 1
فيتامين ب 6
فيتامين ب 12



20 قرصا

للبروفان

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 04/2023

LOT 9N005 2

Prazol[®] 20mg

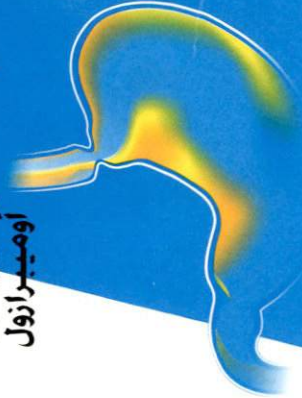
Omniprazole

28 gélules



6 118000 041009

برازول 20[®] ملغ
أوميبرازول



28
برشمة

عن طريق الفم

b

82 من الكافازول - عن الفم - قدر النظام
من البشمة - صيدلي مسؤول

صاودة للعصارة المعدية

AMM N° 82/16 DMP/21/NRQr

100141
10/19



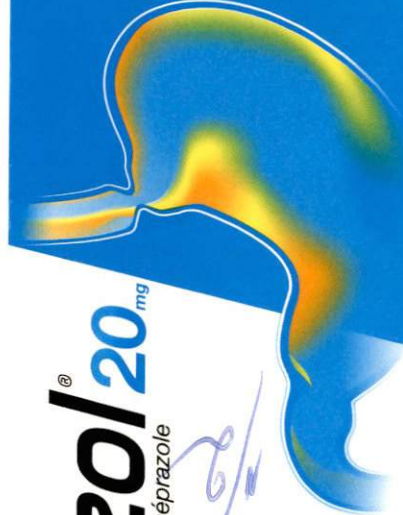
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترسوا الجرعات المحددة

TABLEAU C (LISTE II)

جدول من (لائحة II)

Prazol[®] 20^{mg}
Oméprazole



28
gélules

Voie orale

b
82 من الكافازول - عن الفم - قدر النظام
من البشمة - صيدلي مسؤول

Microgrammes gastorésistants

PPV: 96DH00
PER: 11/22
LOT: J1605-2

6 118000 242444

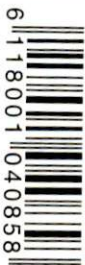
LOT 19009
PER 09 / 22
PPV 1440H30

جدول أ (الاصحاح 1)
Tableau A (liste 1)



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

AMM N°: 223/16 DMP/21/NNP



احترس من الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

ALYSE[®] 75 mg

PRÉGABALINE GÉLULES

56 GÉLULES



Voie orale

Lot:

19L425

Per:

10.2021

PPV: 255DH00

A20012118/00

b

bottuTM

B2, Allée des Casanines - Ahl Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



ABDIIBRAHIM