

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- Reclamation : 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.

M22- 0036127

145886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2577

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MABTY MOHAMED

Date de naissance :

09 - Mai - 1952

Adresse :

Hassine

Tél. : 05 22 90 67 97

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MRINI Youssef  
Gastro Entérologue  
192 Bd Sébou-Oulfa-C.A.  
Tel: 05 22 89 01 63.06 51

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

11/11/2022  
MABTY Mohamed

Age : 70 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Epilepsie

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 :

Le : 29/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Youssef

#### **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
29.11.2022	CS		110,-	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SALAHEDDINE SELMA HASSOUNI 756, Boulevard Oued Sebaou Tél : 05 29 006 - Casablanca	29/11/22	344,75

#### **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
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

## Important

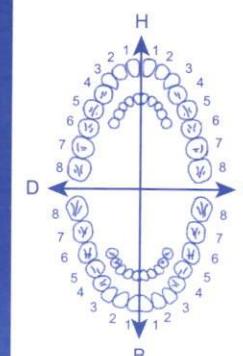
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



**(Création, remont, adjonction)**

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;"><b>B</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> <td></td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>G</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
<b>G</b>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur MRINI Younes

Diplômé Faculté de Médecine, Nancy - France  
**SPÉIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF - ENDOSCOPIE ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE**  
 Ancien Attaché des Hôpitaux de France



يونس

Casablanca, Le : 29/11/2022

Mr MABTY Mohamed

82,10 x 2 Inexium doux  
 1 pc au touché

40,40 x 2 Metospasmol n°  
 1 pc (3x)

51,10  
 1 pc au touché

48,40 Gaviscon  
 1 pc x 1

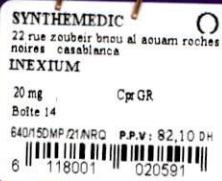
344,170

PHARMACIE SALAH EDDINE  
 Mme HASSOUNI Selma  
 Docteur en Pharmacie  
 56, Bd Oued Sbou Oulfa  
 Casablanca Tel: 05 22 90 50 06

شارع واد سبو، رقم 792، الطابق الثاني الألفية، (أمام مدرسة القدس)، الدار البيضاء

Bd Oued sebou, N°792, 2ème Etage, Oulfa (En face de l'école Al Quods) Casablanca

Portable : 06 61 33 00 34 | المحمول : Tél : 05 22 89 01 63 | الهاتف :



(BL28) NS  
 METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
 Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
 P.P.V.: 40,40 DH  
 Distribué par COOPER PHARMA  
 41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293  
 METEOSPASMYL® B 20 caps molles  
 Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
 P.P.V.: 40,40 DH  
 Distribué par COOPER PHARMA  
 41,rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293  
 LOT: 0096  
 EXP: MAR 2027  
 PPV: 51,30 DH

NS

Docteur MRINI Younes  
 Gastro Entérologue  
 92 Bd Sebou-Oulfa-CAS  
 Tel: 05 22 89 01 57

حرك جيداً قبل الشرب.

لا تتركه في متناول الأطفال.

يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 منوبة.

لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر بعد الفتح.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N° 08R1/2020 DMP/21/NRQd

PPV: 48 DH 40

BN ADK198

DOM 02/2022

EXP 02/2024

3122756