

# 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.

## Diagnostique 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

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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 044590

70787

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUSANE Mohamed

Date de naissance : 27-2-1955

Adresse : Res. EL BORTOUC 8 Rue COULMINA

Bourgoine EL KHATTAR

Tél : 0661434528 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/1/2021

Nom et prénom du malade : JOUSANE Mohamed Age : 66 ans

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

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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

Signature de l'adhérent(e) : Le 29/1/2021





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
29/04/21	CS	1	G	

29/04/21 CS	1	G
-------------	---	---

Pleux Rachid EL  
 Pneumologue  
 05 22 49 23 75  
 158453000041

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/04/2021	29370

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible][illegible][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 :**

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

## SOINS DENTAIRES

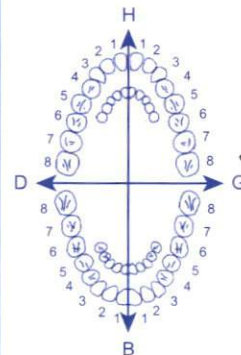
## Dents Traitées

### Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

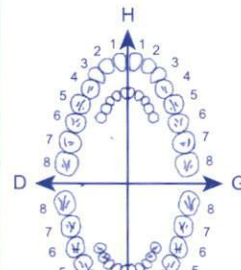


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67  
Avenue du Phare, Résidence Taghazout  
Nadia ZEMMAMA  
PHARMACIE LAHJAJMA

Casablanca, le 29/04/2021

Joudane Mohamed

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Phare, Résidence Taghazout  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

687

- Predrol 16

A.S.

2 - 0 - 0 x 4 fois

1236

- Traxium 40

A.S.

0 - 0 - 1 x 1 fois

- Nébulisation

- Abbrevent nébuliseur  
- Ventoline goutte  
10 gouttes

trois fois / j  
x 5 fois

- serum Physiohypp 3cc

797

- Zithromax 500

A.S.

1/2 cp le soir x 3 fois

247

- Ibuprofen

A.S.

0 - 0 - 1 x 7 fois

Conteneur traitement habilité  
Aneroides CS das / Senari

Dr. EL KHETTAR Rachid  
Pneumologue  
Tél 05 22 49 23 73

UT.AV.: 1 2 0 2 2 P.P.V. 79 70  
LOT N°: 1 2 9 3 9 0 5 79,70

UT.AV.: 0 3 2 2 P.P.V. 65 70  
LOT N°: 1 2 8 4 6 5 65,70

24,70

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou al nouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/15DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH



**INEXIUM® 40 mg,**  
**comprimé**  
**gastro-résistant**  
ésoméprazole

إينكسيوم 40<sup>®</sup> ملغ،  
قرص صا مد لحموضة  
المعدة  
ازومبرازول

AstraZeneca

**Traitement de l'excès d'acide dans l'estomac dû à**

- Adultes âgés de plus de 18 ans : la dose usuelle est de deux fois par jour.

Votre médecin vous indiquera la dose et la durée de traitement. La dose maximale est de 80 mg deux fois par jour.

**Poursuite du traitement après prévention avec INEXIUM 40 mg en cas de récurrence d'un ulcère gastro-duodénal**

- Adultes : la dose usuelle est de un comprimé de 40 mg deux fois par jour pendant 4 semaines.

Si vous avez pris plus d'INEXIUM 40 mg, comprimé, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

**Si vous oubliez de prendre INEXIUM 40 mg, comprimé**

- Prenez-le dès que possible. Cependant, si vous avez déjà pris la dose suivante, ne prenez pas la dose que vous avez oubliée. Continuez votre traitement normalement.
- Ne prenez pas de dose double pour compenser la dose oubliée.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES DE INEXIUM 40 mg, comprimé ?**

Comme tous les médicaments, INEXIUM 40 mg, comprimé, peut avoir des effets indésirables, bien que tout le monde ne les ressent pas. Si vous remarquez l'un de ces effets indésirables graves, contactez un médecin immédiatement :

- Apparition soudaine d'une respiration sifflante, de la gorge ou du corps, éruptions cutanées, perte de conscience (réactions allergiques graves).
- Rougeurs de la peau avec des bulles ou une desquamation, être importantes et s'accompagner d'un saignement de la bouche, du nez ou des parties génitales. Ceci peut être un signe de Stevens-Johnson ou à une destruction toxique de la peau.
- Jaunisse, urines foncées et fatigue peuvent être des signes d'insuffisance hépatique.

Ces effets sont rares et sont observés chez moins de 1 personne sur 1000.

Les autres effets indésirables sont :

**Effets indésirables fréquents (affectent moins de 1 personne sur 100)**

- Maux de tête.