

# 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.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-433160

91965

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07470.

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASNi Abderrahmane.

Date de naissance :

06 - 01 - 1962.

Adresse :

Route 9 Fm 19 Apt 5 Ngolo H.H. CASA.

Tél. :

0671128377

Total des frais engagés :

73,60.

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS  
12 NOV. 2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

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 : CHAMOUNIA

Le : 06/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin des Honoraires attestant la Paiement des Actes
Oral/ea		G		<i>Propriétaire de la clinique SAMLALI Fax : 0522 79 06 96 - 05 20 66 68 90/91/92 S10</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PSA TEL: 0522 90 21 07</i>	17/01/10	<i>120</i>

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [ ]

**COEFFICIENT DES TRAVAUX** [ ]

**MONTANTS DES SOINS** [ ]

**DEBUT D'EXECUTION** [ ]

**FIN D'EXECUTION** [ ]

**COEFFICIENT DES TRAVAUX** [ ]

**MONTANTS DES SOINS** [ ]

**DATE DU DEVIS** [ ]

**DATE DE L'EXECUTION** [ ]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
	35533411	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Patient: H M K S I M I

Date : 05/10/2021



**-SEPCEN 250 mg Cp**

- 1 cp x 2/j Per Os Pdt 05 jours



**-CODOLIPRANE Cp**

- 1 cp x 3/j Per Os Pdt 05 jours

LOT:05621001  
PER:01/2024  
PPV: 51.40 DH

-Changement du pansement tous les 03 jours et ablation des fils dans 10 jours



Ce médicament contient du paracétamol et de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.

VOTRE PHARMACIEN.

Notamment avec la buprénorphine, la nalbuphine ou la pentazocine. Il faut signaler Afin d'éviter d'eventuelles interactions entre plusieurs médicaments.

INTERACTIONS MÉDICALEMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

VOTRE PHARMACIEN.

La prise de boissons alcoolisées durant le traitement est déconseillée.

PRÉCAUTION D'EMPLOI

En cas de douleur pas hésitez à demander l'avvis de votre médecin ou de votre pharmacien. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison d'effets secondaires. En cas de maladie chronique (au long cours) des bronches ou des poumons s'accompagnant d'expectoration, en cas de maladie du système respiratoire aiguë chez les sujets âgés, un avis médical est indispensable. Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée en raison d'effets secondaires.

En cas de douleur, il est indispensable de faire une demande à votre pharmacien. En cas de douleur, il est indispensable de faire une demande à votre pharmacien. En cas de douleur, il est indispensable de faire une demande à votre pharmacien.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Le médicament ne doit généralement pas être utilisé, sauf avis contraire de votre pharmacien.

- allaitement.

- en cas d'insuffisance respiratoire.

- chez l'asthmatique.

- maladie grave du foie.

- allergie connue au paracétamol ou à la codéine.

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

DANS QUELLES CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Traitement chez l'adulte des douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisés seuls.

DANS QUELLES CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Antalgique central et thérapeutique (N. système nerveux central)

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé sécable - boîte de 16.

Exipients : gélatine, acide stéarique  
Quantité correspondant à codéine b  
Phosphates de codéine hemihydrate  
Paracétamol .....  
COMPOSITION DU MÉDIC

PARACÉTAMOL ET CODÉINE

primo sécable



Codol