

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº W21-706876

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 365

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FIKRI ayed

Date de naissance : 2 - 1 - 38

Adresse : Rue Allal Ben Abdellah n° D 6100

Tél. : 06459834746

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DI. BENNANI FAYCAL**  
**TRAUMATO-ORTHOPEDIE**  
**CHIRURGIE DU SPORT**

Date de consultation : 30/03/2022

Nom et prénom du malade : Fikri Mohamed

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : RTG droite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

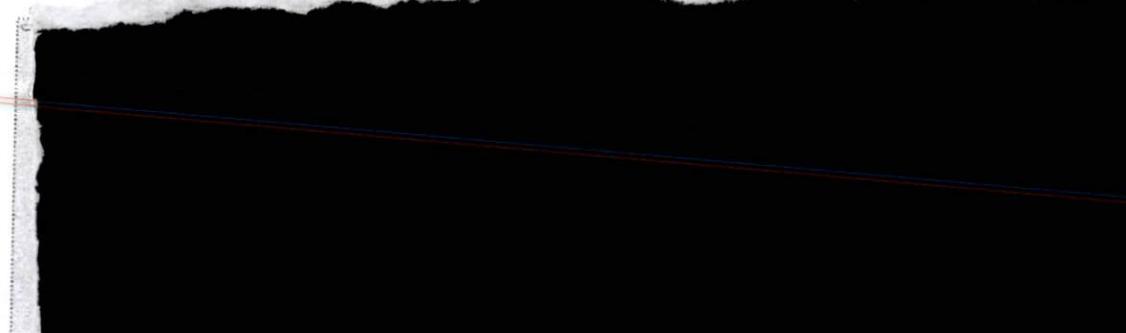
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
30/3/22	CS		6	IN 29 M 16666 DI BENNANI FAÇAL TRAUMATO-ORTHOPÉDIE CHIRURGIE DU SPORT

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE Dr. EL MOUSSA 6-7 RUE ALI BEN ABBEY CASABLANCA TUNISIE	30/3/22	862,6

## **26.6 ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>

## **COEFFICIENT DES TRAVAUX**

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
DEXECUTION

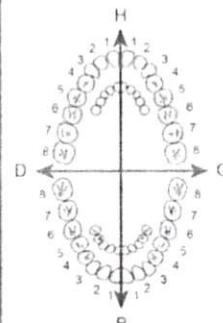
FIN  
EXECUTION

## Coefficient de travail

## MONTANTS DEPENSÉS

DATE DU  
REMB

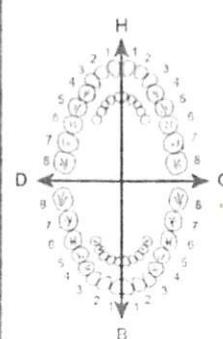
DATE DE  
LIENEMENT FINI



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création remont adjonction]

**[Création, remaniement, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**ORDONNANCE**

Casablanca le,

30/03/22

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie  
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation  
Néonatale

● Hémodialyse

**PHARMACIE LA SOURCE**  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserd  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

862,00

**PHARMACIE LA SOURCE**  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserd  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

PPU: 168,20 DH  
LOT: 647018  
PER: 12/22

19 Augmenter 1g 3x/jour  
18+2 h par 10 jours  
2 fois le mat.

82,20  
**PHARMACIE LA SOURCE**  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserd  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Colipree 180  
par 3 h par 10 jours  
2 fois le mat

694,00 31 Xarlotto 180 347 x 2  
14 le matin joli 21 ans.

+ GLASAGER 30 ml x 3 h

**Dr. BENNANI FAYCAL**  
TRAUMATO-ORTHOPEDIE  
INPE 091066660  
105 Bd. 02 Mars, RDC  
Casablanca



# Xarelto® 10 mg

comprimé pelliculé  
**rivaroxaban**

Xarelto® 10 mg / 10 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH

Bayer S.A.



6 118 001 090648

ui permettra l'identification rapide de nouvelles  
alant tout effet indésirable que vous observez. Voir en

▼ Ce médicament fait l'objet d'une s  
informations relatives à la sécurité. Vou  
fin de rubrique 4 comment déclarer les

## Veuillez lire attentivement cette n informations importantes pour voi

medicament car elle contient des

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que Xarelto et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Xarelto
3. Comment prendre Xarelto
4. Effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Xarelto
6. Contenu de l'emballage et autres informations

### 1. Qu'est-ce que Xarelto et dans quels cas est-il utilisé

Xarelto contient une substance active appelée rivaroxaban et est utilisé chez l'adulte pour

- prévenir la formation de caillots sanguins dans les veines suite à une intervention chirurgicale programmée de la hanche ou du genou. Votre médecin vous a prescrit ce médicament parce que, suite à une opération, le risque de formation de caillots sanguins est très élevé.



# Xarelto® 10 mg

comprimé pelliculé  
**rivaroxaban**

Xarelto® 10 mg / 10 cps

Rivaroxaban

P.P.V. : 347,00 DH

Bayer S.A.



6 118 001 090648

ui permettra l'identification rapide de nouvelles  
alant tout effet indésirable que vous observez. Voir en

▼ Ce médicament fait l'objet d'une s  
informations relatives à la sécurité. Vou  
fin de rubrique 4 comment déclarer les

## Veuillez lire attentivement cette n informations importantes pour voi

medicament car elle contient des

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice

1. Qu'est-ce que Xarelto et dans quels cas est-il utilisé
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Xarelto
3. Comment prendre Xarelto
4. Effets indésirables éventuels
5. Comment conserver Xarelto
6. Contenu de l'emballage et autres informations

### 1. Qu'est-ce que Xarelto et dans quels cas est-il utilisé

Xarelto contient une substance active appelée rivaroxaban et est utilisé chez l'adulte pour

- prévenir la formation de caillots sanguins dans les veines suite à une intervention chirurgicale programmée de la hanche ou du genou. Votre médecin vous a prescrit ce médicament parce que, suite à une opération, le risque de formation de caillots sanguins est très élevé.