

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique 179409  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANDOUNI Mohamed

Date de naissance : 30.06.1951

Adresse : 69, Rue Al Houshoud CASA

Tél. : 05 22 22 78 18 Total des frais engagés : 220 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZAHIDI FATIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : MÉGAPLASIC THYMOMA

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 : 13 SEP. 2022 Le : 13 - 9 - 22

Signature de l'adhérent(e) : M. BOUZAACANE



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/09/12	S	G		Pr SAINT RAPHAEL U.I.CD-Radiothérapie INP N° 091036491

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
André BOUAFI - Pharmacie Rue D'Alzette - Luxembourg	11/05/2022	220,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acce 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8. The upper teeth are numbered 1 through 8 from left to right. The lower teeth are numbered 8 through 1 from left to right. Each tooth is accompanied by a symbol representing a specific dental condition or treatment:

- Tooth 1: H
- Tooth 2: 1
- Tooth 3: 3
- Tooth 4: 4
- Tooth 5: 5
- Tooth 6: 6
- Tooth 7: 7
- Tooth 8: 8
- Tooth 1: 1
- Tooth 2: 2
- Tooth 3: 3
- Tooth 4: 4
- Tooth 5: 5
- Tooth 6: 6
- Tooth 7: 7
- Tooth 8: 8

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**  
Onco-Radiothérapeute

Mme Zahidi 11/8/2022

RSS

Z

No. 00 x 2

hotipred 20

341/5 x 5/5

Let 1/5 x 5/5

No. 00 Let 1/5 x 5/5

AS

pedes 20

341/5

220,00

Pratou Souta  
INP N° 01036491  
MC-Cheznié Casablanca

# كوتبرد®

برنتزلون

(ميتاسلفوفينزوات صوديك)

20 ملغ

20 قرصا فوارا  
قابل للكسر



## Formule

Prednisolone  
de métasulfo**benzoate** sodium ..... 20 mg (sous forme  
Excipients ..... zate sodium)  
effervescent sécable ..... q.s.p. 1 comprimé  
Ce conditionnement contient au total  
quatre cents milligrammes de  
prednisolone (sous forme de  
métasulfobenzoate sodium)  
Posologie, mode d'emploi, indications,  
contre indications, **excipients à effet**,  
notoire : voir notice

PPV : 400H00  
PER : 05 / 25  
LOT : L1691

b

82, Allée des Casuarinas  
S.Bachouchi - Pharmacie Responsable  
Casablanca

# كوتبرد®

برنتزلون

(ميتاسلفوفينزوارات صوديك)

20 ملغ

20 قرصا فوارا  
قابل للكسر



## Formule

Prednisolone  
de métasulfo**benzoate** sodium ..... 20 mg (sous forme  
Excipients ..... zate sodium)  
effervescent sécable ..... q.s.p. 1 comprimé  
Ce conditionnement contient au total  
quatre cents milligrammes de  
prednisolone (sous forme de  
métasulfobenzoate sodium)  
Posologie, mode d'emploi, indications,  
contre indications, **excipients à effet**,  
notoire : voir notice

PPV : 400H00  
PER : 05 / 25  
LOT : L1691

b

82, Allée des Casuarinas  
S.Bachouchi - Pharmacie Responsable  
Casablanca

من 20  
عن طريق الفم



أوميبارازول  
بروديل

حببات صامدة للعصارة المعدية في بريشامات

56 X



OEDES 20mg  
56 gélules



COOPER  
PHARMA

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT: 211540  
PER: 05-2024  
PPV: 140,00DH