

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : BAKHTINA Société : ..... ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : LAZEN

Date de naissance : 10/68

Adresse : .....

Tél. : 661915353 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : radiculalgies

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 : 14/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : WY



#### **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
17			300 DH	
10				
2022				
				<i>M. Nabil Bouzou</i> Médecin Assistant de Neurochirurgie 06 61 52 22 22

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/10/2017	25,85€

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

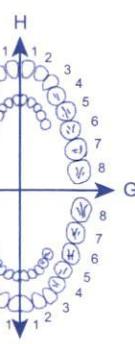
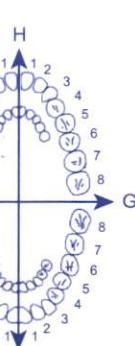
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 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
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Nabil Bouzoubâa**

Professeur Assistant de Neurochirurgie UM6SS, Casablanca  
Fellow des Cliniques Univeristaires St Luc, UCL, Bruxelles

**Chirurgie cérébrale :** Vasculaire, Stéréotaxique,  
Neuronavigation, Endoscopique, Pédiatrique,  
Fonctionnelle,

**Chirurgie du rachis, de la moelle épinière et des nerfs périphériques :** Techniques mini-invasives,  
Neuromonitorring, Traitements fonctionnels, scoliose



**BRAIN & SPINE CARE**

**د. نبيل بوزوبع**

أستاذ مساعد في جراحة الدماغ والأعصاب  
جامعة محمد السادس لعلوم الصحة، الدار البيضاء  
طبيب مساعد سابق بالمستشفيات الجامعية سان لوك، بروكسيل

جراحات المخ : الأوعية الدموية، الأورام، الوظيفية  
الأطفال. المنظر.

جراحات العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب :  
تقنيات أنتراخال الجراحي المحدود، النطاقي  
المراقبة العصبية. العلاجات الوظيفية

**17 octobre 2022**

**Mlle BAKHTAR Rihab**

**HYDROXO 5000 U (INJ) :**

1 ampoule IM tous les 2 jours (1 boite au total)

**BECIDOUZE 20 (CP) :**

1 - 1- 1, pendant 2 Mois

**Dr. Nabil BOUZOUBAA**  
Professeur Assistant de Neurochirurgie  
Téléphone : (+212) 06 61 32 32 32

**Rue 2 N° 16 Bldc (C)  
Rue 2 N° 16 Berrouissi  
PHARMACIE SUD "C"  
Casablanca  
Maroc**

18، زنقة أبو معشر، حي المستشفيات 20360 - الدار البيضاء

18, rue Abou Maâchar, quartier des Hôpitaux, 20360, Casablanca, Maroc  
Tél. : (+212) 0663 654 932 / (+212) 0522 861 938 • E-mail : nabil.bouz@hotmail.fr



# **hydroxo 5000**

(Hydroxo PPV 58 DH50)

EXP 05/2025  
LOT 1N002 6

## **FORMULE**

Hydroxocobalamine base ..... 5000µg  
pour une ampoule injectable de 2 ml.

L'Hydroxocobalamine, d'action intense et prolongée, permet d'obtenir imprégnation et stockage tissulaire.

D'autre part, l'emploi de doses massives s'est révélé actif dans le traitement de la plupart des syndromes algiques sévères .

## **INDICATIONS**

Algies : névralgies faciales, algies radiculaires, algies cervico-brachiales, etc.

et d'une façon générale les syndromes algiques intenses.

## **POSOLOGIE**

En moyenne : une ampoule par jour ou tous les deux jours. Cette posologie peut être portée à deux ampoules par jour sur indication du médecin traitant.

## **PRÉSENTATION**

Boîte de 4 ampoules de 2 ml.

Voie parentérale I.M. - I. V.



Laboratoires LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - Casablanca  
Fabriqué au Maroc sous licence des laboratoires Anphar Rolland

F47234P230380