

## 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 : 12720 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENBOUBKER ADIL

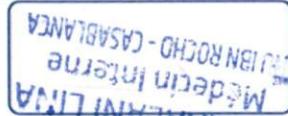
Date de naissance : 04/07/1985

Adresse : 212 lot Layounie Casab

Tél. : 0661466928 Total des frais engagés : 811100 H.Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/22

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sinusite

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 : Casab Le : 28/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : AB

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

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
14/10/99			CG	DR. M. ALAIN / INP

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA GRIECE</i> <i>32, BIS RUE DE TOULOUSE</i> <i>CS 20205 - 31052 TOULOUSE CEDEX 9</i>	<i>14/10/22</i>	<i>811,40</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

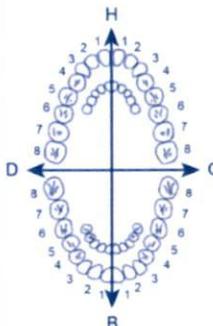
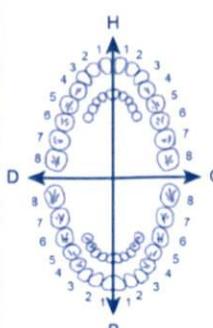
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	<b>H</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
<b>D</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
<b>G</b>	<b>B</b>		<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
			<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

Casablanca, le : 14/10/22

## ORDONNANCE

Docteur : N° Adil Benboulker



A38,30x2

1/ Augmentin 1g Sachet

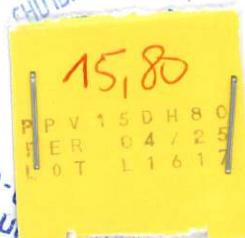
1g x 2 /j pendant 15 J

2/ Nasone x 50, 10<sup>e</sup>  
Nasone x suspension nasale

1 pulvérisation x 2/j pendant 6 semaines

3/ Deliprane 500  
1cp x 3/j au besoin

DR MAALANI LINA  
Médecin interne  
CHU IBN ROCHD - CASABLANCA



4) Febred 21,00

1 sachet (x 3 / j) au besoin

5) Otrivine 1mg/1ml 19,50

2 gouttes dans chaque narine x 3 / j

pendant 10 j

6) Symbicort 200 poudre 297,00

2 bouffées le soir pendant 1 mois

Dr. MAALANI LINA  
Dr. MAALANI LINA  
Médecin IRTERNE  
CHU IRN ROCHD - CASABLANCA

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubir ben al aquam roches  
noires Casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER  
Pdr pnt  
20016 #8  
Flacon de 120 doses  
10414 DMP/21NRQ P.R.V. 297,00 DH  
6 118001 020706

Dr. MAALANI LINA  
Médecin Irterne  
CHU IRN ROCHD - CASABLANCA

T 3 8 11 4  
GARE OA  
PHARMACIE GARE de l'OCEAN  
Bis Route de l'Océan  
152, Casablanca - 0522 99 00  
CHU IRN ROCHD - CASABLANCA

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1 غ = محتوى فقاوة واحدة  
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH  
LOT: 648970  
PER: 01/24

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance

Comprimé  
500mg/62,50mg

ADULTE

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN** 500mg/62,50mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاوة واحدة  
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH  
LOT: 648429  
PER: 11/23

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance

# Otrivine

1%  
oo

Décongestionnant  
de la muqueuse  
nasale

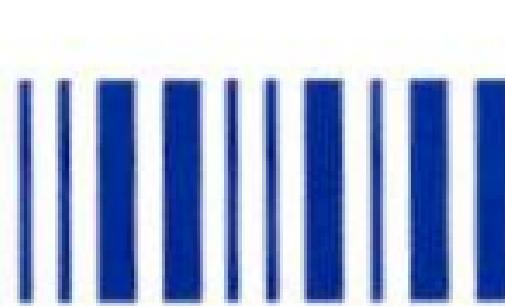


Nébuliseur

Solution 10 ml

gsk

LOT : M0753  
EXP : MAR 2025  
PPV : 19,30 DH



# FEBREX®

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED | LOT : 8256  
UT.AV : 04-25  
PPV : 21DH00

**NASONEX 50 µg/dose**

*Suspension pour pulvérisation nasale*

*Flacon de 40 doses*

*P.P.V:50,10 DH*

*Distribué par MSD Maroc*



EXP

Lot

W002946  
122024

EXP  
Lot

NASONEX 50 µg/dose  
*Suspension pour pulvérisation nasale*  
Flacon de 120 doses  
P.P.V: 131,70 DH  
Distribué par MSD Maroc



6 118001 150199 >