

# 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.

M22- 0037861

143349

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09342 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khabbaw Abdennasser

Date de naissance : 14 - 04 - 1971

Adresse : lot massim résidence Ghita 1 bat 168  
N° 13 Casablanca

Tél. : 06 19 74 90 10 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/22	174.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

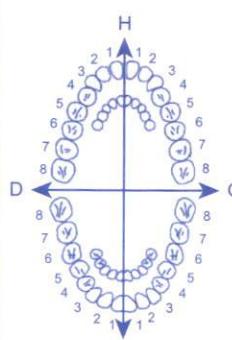
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

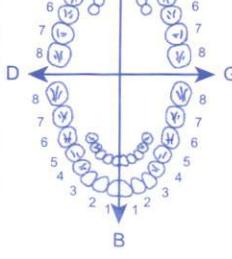
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
B 00000000	

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



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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Pharmacie OUADOUDY - Casablanca

HICHAM Ouadoudy

0528896889

HAY ANNASIM IMM 400 N 2 CASA , CASA



## Facture N° 20221226-495

Date de vente : 02/11/2022  
Médecin traitant :

## Khabbar Anas

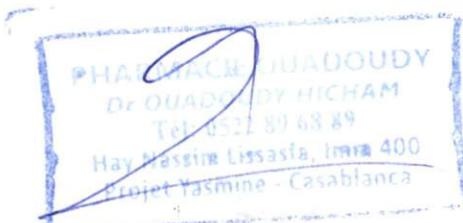
Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ENTEROGERMINA AB 4 MILLIARDS/5ML B10	1	100,00	TVA (7.00%)	100,00
CARBOSYLANE CO 140MG/45 B96 GELULES GM	1	74,00	TVA (7.00%)	74,00

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
Entrogermina 4 milliards  
susp b 10 f 5 ml  
P.P.V 100,00 DH  
  
6 118001 082216

Total HT	162,62 DHS
TVA	11,38 DHS
<b>Total</b>	<b>174,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-quatorze DHS



## **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

Ce médicament est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans dans le traitement symptomatique des états dyspeptiques (digestion difficile) et du mésentérose (ballonnement intestinal).

يُوصَفُ هذَا النَّوَاءُ لِدِي الْبَالِغِينَ وَالْأَطْفَالَ فَوْقَ سِنِّ 6 سَنَوَاتٍ لِعَلاجِ عَرَاضَتْ عَسْرَ الْهُضْمِ (الْهُضْمِ الصَّعْبِ) وَالْإِنْفَاقَ الْمَعْوِيِّ.

## **MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale.

Unité de prise : 2 gélules jumelées (bleue et rouge).

الجرعة الواحدة : 2 كبسولات (واحدة زرقاء وواحدة حمراء)  
أقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

## **MISE EN GARDE SPECIALE :**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

## **PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :**

Pas de précautions particulières de conservation.

## **FABRICANT :**

"Laboratoires GRIMBERG SA  
ZA des Bouties - Rue Vermont - 78704 Conflans-Sainte-Honorine Cedex - FRANCE"  
**TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AU MAROC :**  
Laboratoires SOTHEMA - B.P. N° 1, 27182 BOUSKOURA - MAROC  
Sous licence des LABORATOIRES GRIMBERG SA  
**AMM MAROC N°: 261R1/20/dmp/NRQad**  
**MÉDICAMENT NON SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE.**

دواء يصرف دون وصفة طبية.



LOT : 111

EXP : 06-2025

Laboratoire Sotherma  
CARBOSYLANE

Boîte de 96 gélules (48 doses)

PPV 74.00 DH



6 118001 070893