

# 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

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 37/11 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DAKIRANE BEN AÏCHA SAID

Date de naissance : 9-12-1949

Adresse : 176 Résidence la Régence DAR BOUZIJA

Tél. : 06 390 311 37 Total des frais engagés : 158 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENKIRANE MED JALIL  
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE  
13, BD. AÏN TAOUJTA - CASA

Date de consultation : 23/01/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Domesténalites aiguës

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 : 02 MAR. 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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
23.11.23	CS		CHF	Dr. BENKIRANE HEPATO GASTROLOGY 13. BD. AÏTA OUAJID CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL-ADIB</b> Dr. ZGOUZ Nour 05.22.33.00.92 INP : 092076553	23/01/23	15.8,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIBLES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch, likely a maxilla, with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the midline and 8 at the molars. A vertical axis labeled 'H' is positioned at the midline. A horizontal axis labeled 'D' extends to the left, and a horizontal axis labeled 'G' extends to the right. A vertical arrow at the bottom points downwards, indicating the direction of the dental arch.

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis  
مصحة جراده الوازيس

Casablanca, le...

28/11/23

M. DAKHAMA BENNANI S

Né le : 09/12/1949



CJ023A16091130

74,80

Spectrum Ms

1g

x 21

S.V

x 6

30,50

Ans

S.V

Ansige

160ml x 36 Ansige

53,00

Dokter

S.V

x 15 ✓

x 10 ✓

1g x 31 ✓

158,30

صيدلية الأذيب

PHARMACIE AL ADIB

Dr. ZGOUZ Nadia

05.22.33.00.92

DR. BENKIRANE MED JALIL

HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE

16 Bd. Ain Taouktoute - Casablanca

Tél: 05 22 27 03 53

**LOT : 2178**  
**UT AV : 08 - 25**  
**P.P.V : 30 DH 50**

# ARGO®

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

250 ml  
Suspension  
buvable  
Voie orale

Janssen

Tube de 40 g avec  
dispositif de mesure



Voie buccale  
Pour application locale

## 2% gel buccal

Appliquer sur la zone à traiter avec un doigt propre : ne pas administrer directement dans la bouche avec le dispositif de mesure

Daktarin®  
miconazole

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



DAKTARIN + GROSSESSE =

DANGER

Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf  
en l'absence  
d'alternative thérapeutique

JANSSEN-CILAG

1, rue Camille Desmoulins - TSA 91003  
92787 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9 - FRANCE

© J-C 2018

Daktarin®

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00

MAF  
748619  
607

118001 180745

Prise en charge à disposition