

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

M23-013797

169 120

Optique  Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6517

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KOUNDA WAHID

Date de naissance :

21-01-56

Adresse :

Dr. Alfa BELKADEM Chirurgien Dentiste  
Exclusif 02-20-02-11 NPE 09-10-08-81  
Tel. 05 22 20 45 45 (LG) 05 22 22 78 18

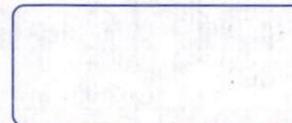
Tél. :

0661178167

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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.



Authorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/07/2023

05 22 20 45 45 (LG) 05 22 22 78 18  
Dr. Alfa BELKADEM Chirurgien Dentiste  
Exclusif 02-20-02-11 NPE 09-10-08-81

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CHAOUA Ain. BACHIR GOUR 38300 Grenoble Tel. 05 22 39 89 69/94 00 47</i>	11/11/2023	108 300

### 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
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches. A horizontal line with arrows at D and G passes through the arch. Points H and B are marked on			

# ORDONNANCE

04 Juil 2023

Dr. Kounda Wahid :  
138130



- Augmentin 1 g  
1 comprimé 3 fois par jour pendant 6 jours

- Effipred 20 mg 3 comprimés en 1 seule prise pendant 6 jours

- Doliprane 1 g  
1 comprimé 3 fois par jour pendant 6 jours

178,30

Dr. Afifa BELMOKADEM  
Chirurgien Dentiste  
36, Bd. El Massira El Khadra Casablanca  
Tél. 05 22 95 02 11 - INPE : 094016581  
ICE : 001620989000085

HAMMAM EL LES CAPUCINS  
RUE BENCHERKOUN - Casablanca  
Bd. Massira El Khadra  
Tél. 05 22 95 02 11



Comprimés = 16 Prises

32

Comprimé  
500mg/62,50mg

ADULTE

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN** 500<sub>mg</sub>/62,50<sub>mg</sub> 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 = 1 غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة  
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH  
LOT: 651259  
PER: 10/24

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I. Uniquement sur ordonnance