

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

**MUPRAS** : Centre Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3351

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALAL Abd el hakim

Date de naissance : 01/10/69

Adresse : Bouchechoua, n° 55 Casab

Tél. : 06737308 31

Total des frais engagés : 168,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/19

Nom et prénom du malade : Jalal

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : Consultation

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 : Casablanca

Le : 09/10/19

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
4/10/19	Consultation		Gratuit	4/10/19 2019 03 22 23 2019

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AZIZI Dr AZIZI Sofia 33, Bd El Makhzen - 10000 Tunis - 0538 50 25 33 - OUJDA	04/10/2019	= 168.20 T

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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.

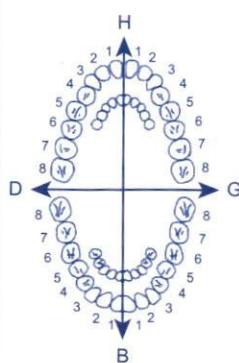
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

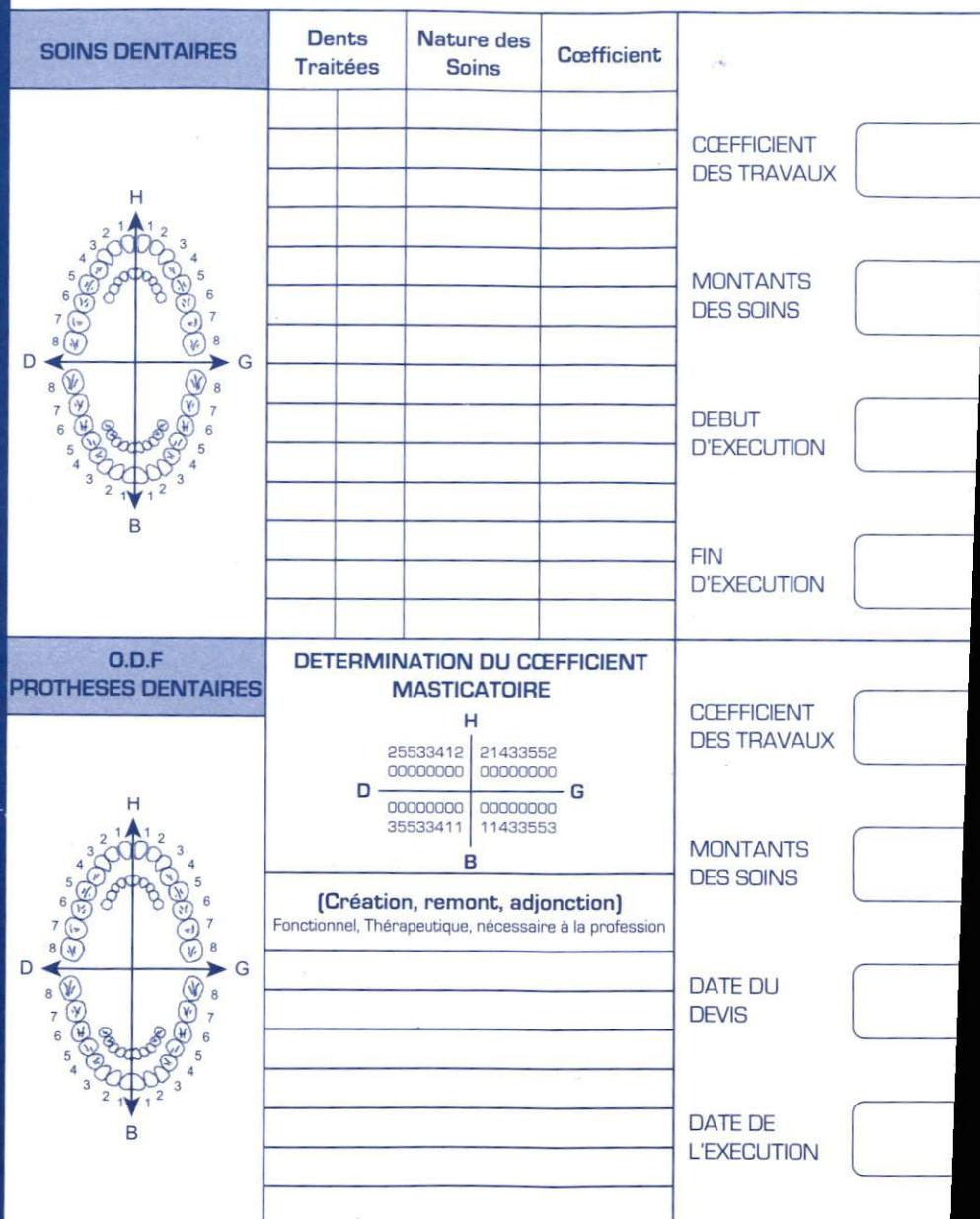
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P



### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Diplôme de la faculté de medecine dentaire de Casablanca  
Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)  
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة  
بوركين بفرنسا  
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة  
تولوز

## **ORDONNANCE**

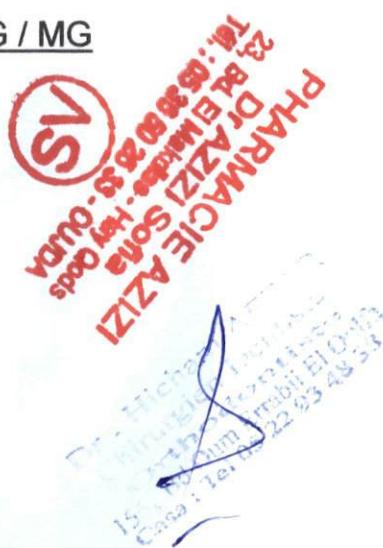
Casablanca, le 04/10/2019

Mr. ABDELHAKIM JALAL

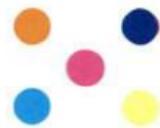
108.20

## 1) AUGMENTIN 1 / 125 G / MG

1 SACHET 2X/JOUR



156, bd. Oum Errabbi 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222  
156، شارع أم الربيع الأولى - الطابق الأول الهاتف: 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء



# AUGMENTIN

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.  
يُنصح ببعدياً عن متناول ومرأى  
الأطفال، تحت درجة حرارة  
أقل من 25° وبعدياً عن الرطوبة.  
اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda,  
Région de Rabat

Information médicale :  
GlaxoSmithKline Maroc  
42-44 Angle Bd Rachidi  
et Rue Abou  
Hamed AlGhazali,  
Casablanca 20 000

buvable en sachet  
poudre pour suspension

1g/125 mg



# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.  
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 168,20 DH  
LOT : 608413  
PER : 08/20

