

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## adie 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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1009

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAOUAR Abdelrahmane

Date de naissance : 14 Jan 1950

Adresse : 105 Bd Yacoub El Maâoui Boudaâ Al Mag

1000 612 APA 3 Le 846 Laeq 2020

Tél. : 06 70 57 70 42 Total des frais engagés : 330,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUFIS  
Complexe de medecine  
24 JUIN 2020

Date de consultation : 24/06/2020

Nom et prénom du malade : BAOUAR ABDERRAHMANE

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Voir feuille mutuelle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : N/A

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 : 01/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 068488

ND= 29777

Optique

Autres

#### **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
	12 juillet 2020	330,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

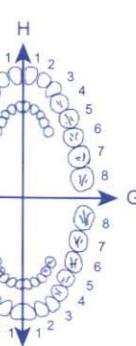
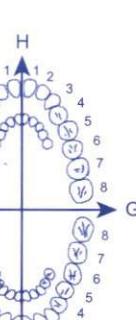
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		Montants des soins
	B			Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

B A H N te      A J delouedh

88,00 + 52,80 x 2 + 30,00 x 2.

~~110,00~~      Oldes 2

~~99,00 x 2~~      ~~52,80~~

~~108,00~~      ~~x 52,80~~

~~108,00~~      mg

1 mg      250,80

2)      Feyde      60,00 x 6

21      mg      60 x 3

21      mg      180,00

3)      n + C      277,40

11      mg      330,80

652130

PHARMACIE AOUA  
KADIMA  
El Mansour  
Casablanca

**LOT 191187**  
**EXP 04/2022**  
**PPV 52.80 DH**

alop  
lèvri  
inte  
per  
Ch  
obr  
à long terme concernant les effets d'un traitement par ce

croiss

SI VO

NOTIC

EN IN

COMI

CE M

SITU

- IL N

- NE I

Dans

Poso

Respectez toujours la posologie indiquée par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Chez l'ad

Traitemer

Traitemer

Chez l'enf

Œsophag

Traitemer

gastro-œs

ne sont p

complém

Enfant >

1 gélule de 10 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 20 mg une fois par jour si nécessaire.

Enfant ≥ 2 ans (> 20 kg) : 1 gélule de 20 mg une fois par jour.

La posologie peut être augmentée à 40 mg une fois par jour si nécessaire.

Chez l'enfant de plus de 4 ans

En association avec des antibiotiques dans le traitement de l'ulcère duodénal associé à une infection par Helicobacter pylori. La durée de traitement est le plus souvent de 7 jours (cette durée peut parfois être augmentée à 14 jours).  
Le traitement devra être surveillé par un spécialiste.

Enfant de 15 à ≤ 30 kg : association avec deux antibiotiques: Oedes 20mg, amoxicilline 25 mg/kg de poids corporel et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Enfant de 30 à ≤ 40 kg : association avec deux antibiotiques : Oedes 20 mg, amoxicilline 750 mg et clarithromycine 7,5 mg/kg de poids corporel sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

Enfant > 40 kg : association avec deux antibiotiques: Oedes 20 mg, amoxicilline 1g et clarithromycine 500 mg sont administrés simultanément deux fois par jour pendant 1 semaine.

#### Mode et voie d'administration

Voie orale.

Chez les enfants de moins de 6 ans (en raison du risque de fausse route) et les enfants

ment du visage, des hylactique, néphrite ique, vision trouble,

nt identique à celu ste pas de données r la puberté et la

ES DANS CETTE AVES, VUEILLEZ

E DANS UNE

**LOT 191337**  
**EXP 04/2022**  
**PPV 99.00 DH**

