

# 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 : .....

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tel. 05 22 36 61 2 561 1 578 06

Date de consultation : .....

75 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : .....

Age: 77

Lien de parenté :

Lui-même

Copoint

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 : 25 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : .....

Wend

#### **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
25 OCT 2012	Consultation exécice	3 DH	300	Dr. ALAMI M Professeur en Cardiologie 264, Bd. Ghazi - Casablanca Tél. 05 22 31 01 238 61 578 06

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Perles 11 RUE DES PERLES 75011 PARIS	25/10/22 le 25.10.22	TTC 645,20 D.H. T=55,00 D.H.

## **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'ONDÉ

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV :  
Exp :  
N° Let :

10,00

ur Mohamed Alami



de des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux

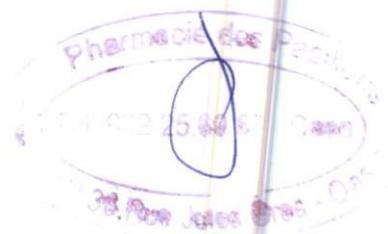
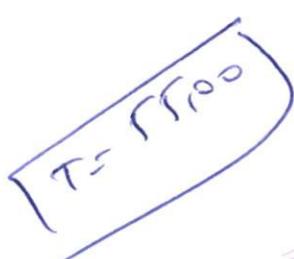
Mme VERDE EP LAHBABI LILIANE

Casablanca, le 25.10.2022

AMOXIL 1g.

2 cp en 1 prise 1h avant les soins

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi Casablanca  
Tél. 06 22 39 0112 - 06 61 378 06



# **Professeur Mohamed Alami**

Cardiologue

Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux

Mme VERDE EP LAHBABI LILIANE

Casablanca, le 25.10.2022

## **PROTOCOLE POUR ARRET SINTROM**

J 1 : Arrêt Sintrom

J 2 : Rien

J 3 : LOVENOX 0.4 1s/c /j à 15h

J 4 : Chirurgie  
LOVENOX 0.4 1s/c /j à 20h  
Sintrom à la dose habituelle à 20h  
(après avis du chirurgien)

J 5 : LOVENOX 0.4 1s/c /j à 20h  
Sintrom (dose habituelle)

J 6 : Faire TP – INR le matin et communiquer

Dr ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd Ghandi - Casablanca  
Tél. 022390112 022390092 061157806

Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## ORDONNANCE

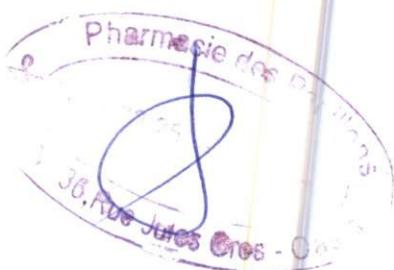
25/10/2022

VERDE EP LAHBABI

LILIANE YVONNE

20x1  
**SINTROM**  
1/4cp /J 

**ATENOR 100**  
1/4cp /J



**LOVENOX 0,4**  
1inj SC /J   
~~138100x2~~  
~~276120~~  
~~+ 349100~~

3j

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 21 12 00 / 05 21 12 38 01 / 05 21 12 57 80

3 mois

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g  
Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé  
Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

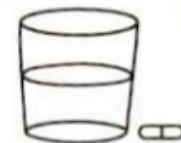
اقرؤا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**  
Ce médicament peut causer des allergies.

يُحْلَظُ بعِدًا عَنْ مُتَّنَاهُ وَمُرَأَى الْأَطْفَالِ  
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



A avaler avec un verre d'eau  
ببلع مع كأس من الماء

**OU**



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة الفرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV : 55,00 DH  
LOT : 649716  
PER : 04/24

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038



**4000 UI (40 mg)/0,4 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectabile/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI**

**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)/**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



6 118 001 080 472



**4000 UI (40 mg)/0,4 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectabile/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI**

**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)/**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



6 118 001 080 472



**4000 UI (40 mg)/0,4 ml**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

Solution Injectabile/Solution for injection

Voie sous-cutanée, intraveineuse / Subcutaneous, intravenous use

Voie extracorporelle dans le circuit de dialyse / Extracorporeal use in the dialysis circuit

**2** seringues pré-remplies avec système de sécurité

**2** pre-filled syringes with automatic safety device

**SANOFI**

**Lovenox®**

**4000 UI (40 mg)/**

*énoxaparine sodique/enoxaparin sodium*

**sanofi-aventis Maroc**

Route de Rabat - R.P.1.

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



6 118 001 080 472