

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 005842

Société : 146716

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL OUASSINI HABIBA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.10.33.55.37

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 890

Date de consultation : 12/01/23

Nom et prénom du malade : Mme EL OUASSINI HABIBA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Gestile Apéré

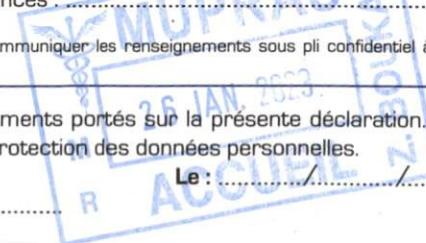
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : .....

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
17/01/23	6		300.0H	Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés des Rosiers, Appt 121 Ain Znack, Casablanca - Tél : 0522 870 890

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	 	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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
		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 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 DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le

17/02/23

الدار البيضاء في

Mme EL OUASSINI HABIBA

13,40 x 3

LEVOTHYROX 50

6,80 x 3 1 comprimé

LEVOTHYROX 25

172,20 x 9 1 comprimé

UN ALFA 1 $\mu$ G

1 comprimé

le matin

le matin

matin midi et soir

**TRAITEMENT DE 3 MOIS**

126,20 HEPANAT

1 comprimé

matin midi et soir

20,00 AUGMENTIN 1G

1 sachet

2 fois par jour

32,60 RINOMEX

1 sachet

matin midi et soir

48,10 MUSCOL

1 c à s

matin midi et soir

18,39 COTIPRED 20

4 comprimés

le matin / 5 J

Dr. BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, App. 121  
Ain Choc, Casablanca - Tél : 0522 870 890



6 118001 102006  
Levotyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006  
Levotyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6 118001 1102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 1102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006  
Levotyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levotyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance

AUGMENTIN 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

MUXOL®  
Ambroxol

Solution buvable - 250 ml



6 118000 080572

AMM N° 50/19 DMP/21/NRQ

PPU: 126,30 DH  
LOT: 648958  
PER: 11/23



AUGMENTIN 1 g/125 mg  
12 sachets



6 118000 160175

Cotipred® 20 mg  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

notaire : voir notice

PPV: 48DH50  
PER: 12/24  
LOT: K3426

bottu.a.s  
62, Allée des Casuarinas - Ain Sefra - Casablanca  
Société Pharmaceutique Responsable

موكسول  
أمبروكسول

بدون سكر

PPV (DH) :

32,60

LOT N° :

UT. AV. :

أون-الفا 1 ميكروغرام  
الفاكالسيدول  
30 كبسولة طرية



Un-alfa® 1  $\mu\text{g}^*$ , capsule molle  
أون-الفا 1 ميكروغرام، كبسولة للتناول عبر الفم  
\*microgramme



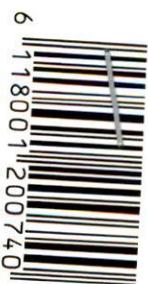
أون-الفا 1 ميكروغرام  
الفاكالسيدول  
30 كبسولة طرية



110\* capsule molle

Un-alfa® 1

capsule molle



070535  
01 2024  
172 DH 20

الفاكالسيدول  
30 كبسولة طرية



01 2024  
172 DH 20  
C78715

Un-alfa® 1  $\mu\text{g}^*$  capsule molle

Lot:  
EXP:  
PPV:

C78715  
01 2024  
172 DH 20

070535



6 118001 200740

Quartier Arsatine-Rue Amyot d'inville  
CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1  $\mu\text{g}$   
Capsules  
Boîte de 30 Capsules Molles

6 118001 200740  
PPV: 172.20 DH  
AMM N° 713/16 DMP/21/NRQ

172 DH 20  
01 2024  
C78715

Lot:  
EXP:

أون-الفا 1 ميكروغرام  
الفاكالسيدول  
30 كبسولة طرية

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Arsatine-Rue Amyot d'inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
UN-ALFA® 1  $\mu\text{g}$  capsule  
Boîte de 30 capsules



6 118001 200740  
PPV: 172 DH 20

Un-alfa® 1  $\mu\text{g}^*$  capsule molle



6 118001 200740

أون-الفا 1 ميكروغرام، كبسولة للتناول عبر الفم  
\*microgramme

Lot: C78715  
01 2024  
EXP: 172 DH 20  
PPV: 070535

القائمة 1: بناء على وصفة طبية فقطر