

# 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.



# Déclaration de Maladie

M22- 0036357

## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	8357	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENAZA	
Date de naissance :		12/01/1980	
Adresse :		124 Hayrount	
Tél. :		06 118 7081	
		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	<b>Dr. ANSAR Abdellkerim</b> Médecine Générale lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza Tél 0522 290 862 - INPE: 121011530		
Date de consultation :	22/07/2023	Age :	
Nom et prénom du malade :	BENAZA Nokamed		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :	31 JUIL. 2023	Le :	/ /
Signature de l'adhérent(e) :			

## 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.

## 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
22/01/23	C	1	170	Dr. ANSAR Hossain Médecine Générale 101 28 Littoral 12 Dar Bouazza Tunisie 10522 290 867 NPE: 1201150

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL HAMDOLILLAH</b> <i>Dr. ZALDI Hafida</i> Lot. Anssari - 923 Dar Bouazza - Casablanca tél: 0522.29.09.46 / WhatsApp: 06.00.73.33.76 ICE: 00103322000066 INPE: 092067214	22/10/23	316,80

## **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 l'ODF.

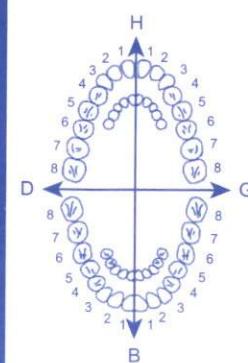
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

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

*Docteur Ansar Abdelkerim*

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

**MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux  
R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza  
Tél. / Fax : 0522 29 08 62

**الدكتور أنسار عبد الكريم**

الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ سابق  
**الطب العام**

خبير محلف لدى المحاكم  
رقم 28، الساحل II داربوعزة

الهاتف والفاكس: 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 22 - 5 - 2013 داربوعزة في:

BERHAT A Shawer

145,00 Ⓛ Tanane Doo S.V.  
 40,00 Ⓛ Colipred 30 S.V.  
 79,90 Ⓛ Tabaderm S.V.  
 51,90 Ⓛ Alora 10 S.V.  
 316,80 Ⓛ mg le m

**PHARMACIE EL HAMOULLAH**  
 Dr. ZAOUIA Hafida  
 Lot. Anssem n°13 Dar Bouazza - Casablanca  
 Tel.: 0522.29.09.11 - M.T.S.A.P.: 0500.73.33.76  
 I.C.C.: 0013-3229-000066  
 INPE: 092067214

Dr. ANSAR Abdelkerim  
 Médecine Générale  
 Lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza  
 Tel 0522 290 862 - INPE: 121011530

 TAVANIC®

lévofloxacin/levofloxacin

500 mg

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.1,  
 Ain Settaâ Casablanca  
 Tavaric 500mg cp 100  
 P.P.V : 145,00 DH

### Voie orale/Oral use

**5** comprimés pelliculés sécables  
**5** film-coated scored tablets

SANOFI

**٥٠٥** مبلغ تأميناتك السنوية من طلاق وطلاقه عن طريق المدعي أو مدعى مقاضاة قاتل التبرعه

**TAVANIC® 500 mg**

TAVANIC® 500 mg

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**  
**الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
Prescription only medicine - List I  
دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة ا

**Sanofi-Aventis-Deutschland GmbH**  
D-65926 Frankfurt am Main,  
Allemagne/Germany

**Fabricant/Manufacturer/ :**  
Sanofi Winthrop Industrie  
56, route de Choisy-au-Bac,  
60205 Compiègne - France

Médicament autorisé / Authorized medicine n°41382.01.00  
دواء مرخص رقم

3 582910 080725

3 582910 080725

EXP.: 05/2025  
Fab./Mfg.: 06/2022  
Lot/Batch: 2MC5A

# TOUDEX®

Mauve - Cassis

# TOUDEX®

Mauve - Cassis

LOT 104789/FC5  
PER 04/2025  
PPC 79,90

Sans alcool  
Sans sucre

PROCÉDÉ  
fluid<sup>®</sup>  
BREVETÉ

## SIROP

Flacon 200 ml

### Propriétés :

TOUDEX est un sirop composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour rétablir le bon fonctionnement des voies respiratoires.

### Conseils d'utilisation :

- **Nourrisson** (à partir d'un an): 1 cuillerée à café 2 fois/jour
- **Enfant:** 1 à 2 cuillerées à café 3 fois /jour
- **Adulte:** 1 cuillerée à soupe 3 fois / jour

**Agiter avant utilisation**

TOUDEX Mauve - Cassis



6 111255 810642

### Durée d'utilisation :

Une fois le flacon entamé; il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

Source de Phénylalanine.  
Déconseillée chez la femme enceinte et allaitante sauf sur avis médical.

Chaque comprimé contient 5 mg de desloratadine.  
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.  
A conserver dans l'emballage d'origine.  
Lire la notice avant de prendre le médicament.



LOT : M0884  
PER : 10/2024  
PPV : 51,90 DH

علاء 5 ملجم

ادين

ي

ناس  
مساسية

Deva

ديفا للصيدلة  
صيدلي مسؤول

الصناعة تربط مثيل - الدار البيضاء

**Formule :**

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobénozoate sodique)

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobénozoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 40DH00

PER : 03/26

LOT : M719

b

bottu le

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca

S.Bachouch - Pharmacien Responsable

**Cotipred®**

prednisolone

(métasulfobénozoate sodique)

~~20 mg~~

20 comprimés  
effervescents  
sécables

**Cotipred® 20 mg**

prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6118000041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES