

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0023613

19898

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	9043	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENBRAHIM HASSAN	
Date de naissance :			
Adresse :		BOURGOUNE	
Tél. :	0661320935	Total des frais engagés :	206,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	9/10/2014
Nom et prénom du malade :	BENBRAHIM LINA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Pyrexie aigüe
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" 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 :	Le : / /
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
9/12/2024	en	c7	gratuit	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Réf Montant de la Facture
 <p>Houda BENSAID Pharmacien Rue Habib Habib - Bourgogne Casablanca - Tél.: 022.49 79 70</p> <p><b>092022656</b></p>	01/11/24	256,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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.

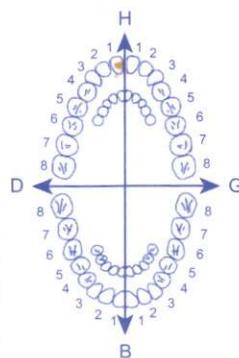
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The upper arch is oriented with the mesial side at the top and the distal side at the bottom. The lower arch is oriented with the mesial side at the bottom and the distal side at the top. The diagram includes labels H (mesial), G (distal), D (mesial), and B (distal).

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
	B



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Boulevard Bourgogne - 1er étage n°2  
Résidence Al Machrik 1  
Casablanca - Tél: 05 22 26 12 50

شارع بورجون - الطابق الأول الرقم 2  
إقامة المشرق 1 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 26 12 50

## ORDONNANCE

Casablanca, le 3/1/2024

Dr BENJELLOUN EL BOURY

1) Antidiarréique 1sp/j pr+j S.V.  
59,-

2) Enzyme mix. 2càc x2/j or+6 S.V.  
80,-

3) Détigrippé S.V.  
63,- 1 sachet x2/j

4) Rupture son  
80,- 1 sp le mi S.V.

Dr K. BENJELLOUN EL BOURY  
Médecine Générale, 1<sup>er</sup> étage, n°2  
Résidence Al Machrik 1, Casablanca  
Tél: 05 22 26 12 50

**AXIMYCINE®** 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 2N005 2

EXP 04/2025

LOT 097938/F028

PER 10/2024

PPC 59.50

PPV 20DH00  
PER 09/25  
LOT 13124

E14010A00

**Composition :**

Cétirizine dichlorhydrate ..... 10 mg  
Excipients.....q.s.p un comprimé  
**Excipient à effet notable :** lactose.  
Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

سوطيمـا  
S othema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - MAROC  
sous licence UCB PHARMA SA  
مصنوع من طرف مختبرات سوطيمـا  
ص.ب رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب  
UCB PHARMA SA  
بتخفيضـا

12/15

Zyrtec® 10mg  
Cétirizine dichlorhydrate  
15 comprimés pelliculés sécables

زيرتكـ 10 ملـغ  
سيتـيرـيزـينـ دـيـكـلـورـهـيدـراتـ  
15 فـرصـا مـلـبـسـة قـالـبـة لـلكـسرـ



# Zyrtec® 10 mg

Cétirizine dichlorhydrate

15 comprimés pelliculés sécables

التركيبة :

سيتيريزين ديكلورهيدرات ..... 10 ملغ  
السواغات ..... كمية كافية لقرص واحد.  
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز.  
عن طريق الفم.  
اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

89x55x21

Soyez prudent

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

احذروا  
لا يجب أن تلدو السيارات

دون قراءة النشرة الداخلية

NIVEAU 1  
مستوى 1

7

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants  
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS  
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau C (List II)

يصرف بموجب وصفة طبية - لائحة س (قائمة II)



AMM N° 356/14 DMP/21  
Zyrtec® 10 mg  
15 comprimés pelliculés sécables  
6 118000 020158



Zyrtec® 10mg

زيرتراك® 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيدرات

15 قرصاً ملبيساً قابلة للكسر

63,00

