

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## ptique :

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.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1792

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL BAROUTI

ANISSA

Date de naissance : 17/09/1956

Adresse : Rue Jebe Djin Al Houa N° 02

R+C AZ-ZOUR - CASABLANCA

Tél. : 0660405466

Total des frais engagés:

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2021

Nom et prénom du malade : EL BAROUTI

ANISSA : Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension Artérielle

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 : 24/03/2021

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
04/10/2022	DS		gratuit	<i>Dr. Hind El Idrissi</i> Cardiologue et Radiologue 120, Bd Ay Idriss 1er Résidence Al CASABLANCA 2ème Etage N° 4 - Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76 Télé: 0522 86 20 74 - E-mail: 1525477000001

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>M</i>	04-10-21	1550,50

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

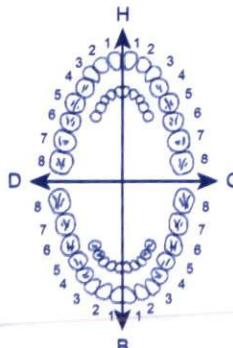
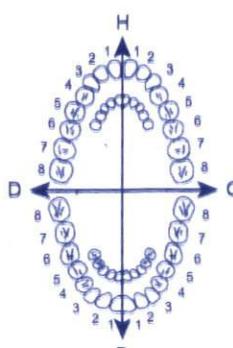
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



**Dr Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Readaptation cardiaque

**Mme. EL BAROUDI ANISSA**

### Ordonnance

1/3160 X5

CO VEPRAN 300/25mg 1CP/J LE MATIN

75,20 X3 + 38,90 X 2

AMEP 10mg 1CP/J LE MATIN

51,60 X12

STILNOX 10mg 2CP/J LE SOIR

15,80 X12

DOLIPRANE 500mg 1CPX3/J (4 BOITES)

23,90 X4

POLERY SIROP 1CASX3/J PDT 7J (4 FLACONS)

REGIME PEU SALE

QSP 4 MOIS RENOUVELABLE

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خرسanche كلية الطب بيوردو

شخص القلب بالصدى - إخبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

le : 04/03/2021



Docteur Hind EL FILALI

15,80

PPV 15 DH 80  
PER 10 / 23  
LOT J 2892  
S 2

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

15,80

PPV 15 DH 80  
PER 01 / 23  
LOT J 213

15,80

PPV 15 DH 80  
PER 12 / 23  
LOT J 3363  
S 1

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

15,80

PPV 15 DH 80  
PER 11 / 23  
LOT J 2984

15,80

PPV 15 DH 80  
PER 10 / 23  
LOT J 2751  
S 1

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

15,80

15,80

PPV 15 DH 80  
PER 11 / 23  
LOT J 2988  
S 1

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

15,80

15,80

PPV 15 DH 80  
PER 10 / 23  
LOT J 2892  
S 2

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

15,80

LOT:549  
PER:09/23  
PPV:23,90DH

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

PPV 15 DH 80  
PER 11 / 23  
LOT J 2984

15,80

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.:56DH60  
6 118000 061465

PPV 15 DH 80  
PER 12 / 23  
LOT J 3363  
S 1

LOT:549  
PER:09/23  
PPV:23,90DH



153,60

卷之三

ایرانیان / هیدرولوژی

٣٠٠ / ٢٥ ملليون

الفم طريق عن مغلفاً قرصاً 28



**Co-Vepran® 300 mg/25 mg**  
28 Comprimés pelliculés Sothema



6 118000 022855



153,60

卷之三

ایرانیان / هیدرولوژی

**٣٠٠**  
**مليون / ٢٥**  
**مليون**

الفم طريق عن مغلفاً قرصاً 28



المدة صباح منتصف مسأله قبل بعد

**Co-Vepran® 300 mg/25 mg**  
28 Comprimés pelliculés Sothema



6 118000 022855



153,60

卷之三

ایرانیان / هیدرولوژی

**٣٠٠**  
**مليون / ٢٥**  
**مليون**

الفم عن طريق المخلفا قرصاً 28



المدة صباح منتصف مساء قبل بعد    

**Co-Vepran® 300 mg/25 mg**  
28 Comprimés pelliculés Sothema



6 118000 022855



153,60

卷之三

ایرانیان / هیدرولوژی

**٣٠٠**  
**مليون / ٢٥**  
**مليون**

الفم طريق عن مغلفاً قرصاً 28



الليلة صبح منتصف مسأله قبل بعد

**Co-Vepran® 300 mg/25 mg**  
28 Comprimés pelliculés Sothema



6 118000 022855



153,60

卷之三

ایرانیان / هیدرولوژی

**٣٠٠** ملء / **٢٥** ملء

الفم طريق عن مغلفا قرصا 28



المدة صباح منتصف مساء قبل بعد

**Co-Vepran® 300 mg/25 mg**  
28 Comprimés pelliculés Sothema



6 118000 022855

59x59x145  
3

SIROP  
**POLERY  
ADULTES**

**NOUVELLE FORMULE**

**FORMULE :**

Codéine base ..... 0,064 g  
Extrait fluide d'Erysimum ..... 2,400 g  
Excipient q.s.p ..... 100 g de sirop  
Excipients à effet notoire: saccharose, alcool,  
nipagine.

Flacon de 200 ml

**POLERY ADULTES** 

Sirop - 200 ml



6 118000 140399

Fabriqué sous Licence de PIERRE FABRE MEDICAMENT  
par le Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA  
Z.I I2 Tit Mellil Casablanca



59x59x145  
3

SIROP  
**POLERY  
ADULTES**

**NOUVELLE FORMULE**

**FORMULE :**

Codéine base ..... 0,064 g  
Extrait fluide d'Erysimum ..... 2,400 g  
Excipient q.s.p ..... 100 g de sirop  
Excipients à effet notoire: saccharose, alcool,  
nipagine.

Flacon de 200 ml

**POLERY ADULTES** 

Sirop - 200 ml



6 118000 140399

Fabriqué sous Licence de PIERRE FABRE MEDICAMENT  
par le Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA  
Z.I I2 Tit Mellil Casablanca



٧٥,٢٠

١٠  
من طرابلس

٢٨x



فرصا

أسطرديبين



AMEP® 10mg  
28 comprimés

6 118000 081784

COOPER

PHARMA

AMEP®

amlodipine

10 mg

Tablets/Comprimés

فرصا Comprimés / Tablets / فرقا

28x

٧٥,٢٠

١٠  
من طرابلس

٢٨x



فرصا

أسطرديبين



AMEP® 10mg  
28 comprimés

6 118000 081784

COOPER  
PHARMA

AMEP®

amlodipine

10 mg

Tablets/Comprimés

فرصا Comprimés / Tablets / فرقا

28x

٧٥,٢٠

١٠  
من طرابلس

٢٨x



فرصا

أسطرديبين

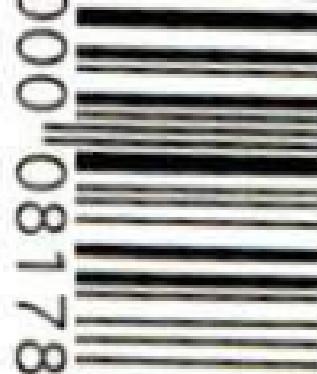


AMEP® 10mg

28 comprimés



6 118000 081784



COOPER  
PHARMA

AMEP®

amlodipine

10 mg  
Once Daily  
Oral Route

Comprimés / Tablets / فرشا

28x

بوري شر<sup>®</sup>  
82، مقر الكازبار بنس - دون الصريح - الدار البيضاء

من البشرى - ميدانى مسدول

Doliprane 500 mg  
PARACETAMOL  
16 comprimés effervescents



6 1118000 040354

## الأوجاع والحمى

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur  
et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

للكبار والأطفال  
ابتداء من 27 كلغ



Adulte et enfant  
à partir de 27 Kg

31x31x110