

## 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 salle.
- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 : 21408 Société :

**Actif**       **Pensionné(e)**       **Autre**

Nom & Prénom : BOUABDELLAH chrafa

Date de naissance : 3 / 9 / 69

Adresse : 24, rue chefchauenne sayda

Tél. : 0666120562 Total des frais engagés : 590,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin  
DOCTEUR HATHOUT KARIM

Cachet du médecin : MEDECIN S. BOUBKER

Date de consultation : 26/04/2022

Nom et prénom du malade : Bouabdekkah chrafa Age :

Lien de parenté :  **Lui-même**       **Conjoint**       **Enfant**

Nature de la maladie : Hypertension artérielle       **Asthme**      dyplipidémie

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 : 26/04/2022 Le : 26/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : chrafa



**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
26/11/11	CS	G		INP : 0181120110148 Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale Hôpital Militaire de MAROC MEDICAL STATION MAROC SANTÉ SOCIALE

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR M MEDICAL</i>	26/11/11	5206-

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

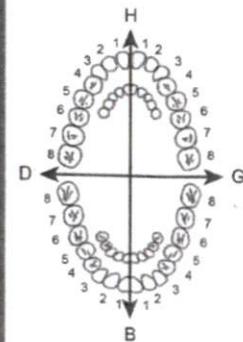
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

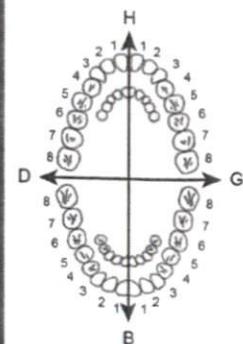
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DELEGATION PROVINCIALE  
JRADA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المندوبيه الاقليميه  
جرا دة

Date : 26 / 04 / 22

Nom Prenom : Bouabdellah chifra

### ORDONNANCE

① Escal 20g  
IP b vir. gdt 3 mois

44,50

② ALPERIDE (2g)  
1 - 0 - 1 (ch 14,50)  
0 - 0 - 1 (ch 8,50)  
Amel

59,50

③ Curatec 10g  
0 - 0 - 1 (ch 28,50)

418 - 12

④ D<sub>3</sub> NORM 200

83,50

kgtha 1gr (ch 3 mois)

Dr M. MEHDAOUI  
DOCTEUR  
pharmacie OMAR IBN EL KHATTAB  
+ Rue Omar Ibn El Khattab  
Tél: 05 36 68 26 75 - OUJDA

⑤ Topsyne gel  
1App x 2g  
ret 15

55 - 12  
INP

081201048

5206 -

⑥ Magnesium  
URFC di 1mois





# **Curtec®**

**Cétirizine**  
**10 mg**

PPV : 45DH80

PER : ~~02/25~~

LOT : L128



#### **COMPOSITION :**

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate .....  
Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé

#### **FORME PHARMACEUTIQUE**

Comprimé pelliculé sécable.

#### **MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION**

Voie orale.

#### **CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

Antihistaminique H1.

#### **DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique.

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

#### **COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou  $\frac{1}{2}$  comprimé 2 fois par jour.

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

#### **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



# **Curtec®**

**Cétirizine**  
**10 mg**

PPV : 45DH80

PER : ~~02/25~~

LOT : L128



#### **COMPOSITION :**

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate .....  
Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé

#### **FORME PHARMACEUTIQUE**

Comprimé pelliculé sécable.

#### **MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION**

Voie orale.

#### **CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

Antihistaminique H1.

#### **DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique.

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

#### **COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou  $\frac{1}{2}$  comprimé 2 fois par jour.

**DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.**

#### **DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?**

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



Voie or



LIVRE D'USAGE  
PER 04/23  
PPV 144DH50

144,50



Voie or



LIVRE D'USAGE  
PER 04/23  
PPV 144DH50

144,50

