

# 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.

## 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 Pajement des Actes
07/02/23	G2		300dh	<p style="text-align: right;">Dr. Hassan A.M.Z.I NEUROLOGUE 64, Rue Med Sedki - Rue Bd. Zirouui 1er Etage App. n°2 - CASABLANCA</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">PHARMACIE AL-BALIYA NADIA Dr. BOUJEDDAD Bourguine 34, Rue Ibnou Idris - Casablanca Tél: 0522 20 90 44</p>	07/02/23	677,80

### 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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Hanane Ramzi**

NEUROLOGUE



Spécialiste des Maladies  
du système nerveux, du Muscle  
et de la colonne vertébrale.

Electroencéphalographie (EEG)  
Electromyogramme (EMG)

64, Rue Mohamed Sedki, 1er étage N° 2  
par Bd. Ziraoui - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 81 82 - 06 15 20 55 86

**الدكتورة حنان رمزي**  
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

والعضلات والعمود الفقري.  
مرض الصرع

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)  
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

64, زنقة محمد صدقى - الطابق الأول رقم 2  
عبر شارع الزيراوي - الدار البيضاء  
الهاتف : 06 15 20 55 86 - 05 22 27 81 82

CASABLANCA, le

٢١/٢/٢٠٢٣

الدار البيضاء، فن.

M<sup>me</sup> Hanane Ajbilou:

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJELA Nadia  
34, Rue Ibnou Jelil - Bourgogne  
Tél.: 0522 29 90 44 - Casablanca

61,50

٤ مobic ١٥mg قپ

١ قپ لematin apô repas ١٥

٣ givres

١<sup>١</sup> Arrêt

٤ Duxol قپ

٢ قپ lesair ١٢ تٰ ١٥ج

١<sup>١</sup> ١ قپ lesair ١٢ تٰ ١٥ج  
١<sup>١</sup> Arrêt

37,00 x 2

3) ribanévrage fort cp

28,80x3

1cp x 3/j  $\frac{1}{2}$  m 1 mois

4) Epyca Rong cp

60,10x4

1cp le soir  $\frac{1}{2}$   $\text{mz}$ .

p 2 cp le soir  $\frac{1}{2}$   $\text{mz}$  1 mois

5) Zohem cp

120,70

1cp avant repas  $\frac{1}{2}$  si  $\text{dol}$   
gastrique.

6) Newflex rouge : 1 - 0 - 1  $\frac{1}{2}$   $\text{mz}$  1 mois

94,80

Dr. Hanae RAMZI  
NUTRITIONNISTE  
64, Rue Abdellah Sadi - Parc Z. Ziroual  
Tél: 0522 22 41 40  
TVA: 000 92 41 40  
1er étage Appart. n°2 - Casablanca

677,80

PHARMACIE DES ENFANTS  
Dr. BOUJED NADIA  
34, Rue Mohamed Bourguiba  
Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca

RMV 1 mois

**MFD**

**LOT**

**■**

02/22

139

**ISOPHARM  
NEWFLEX  
WARM-UP  
94.80 dhs**

New Care AG, CH-4452 Itingen, Switzerland  
EU Office: Schloss Beuggen 3  
79618 Rheinfelden /R.-

# WARM-UP GEL

For greater mobility in sports, with natural, relaxing, smoothing,  
beneficial essential plant oils. Contains no parabens.



Boehringer Ingelheim

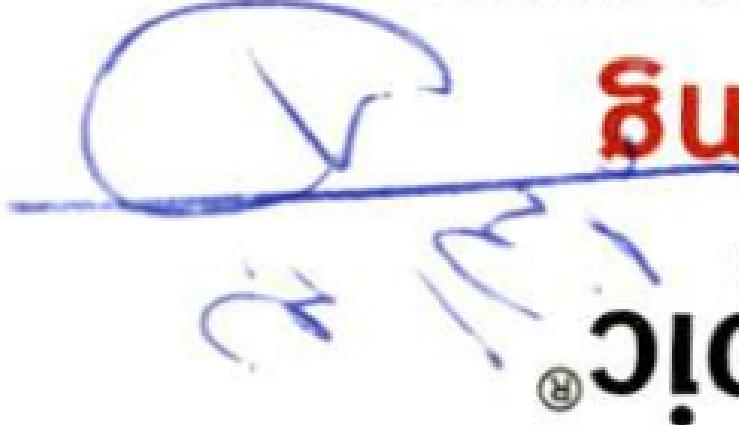


S. Bachouchi - Pharmacien Responsable  
82, Allée des Casuarines - Ain Seba - Casablanca  
Fabrique par BOETTU SA

B

4 comprimés sécables

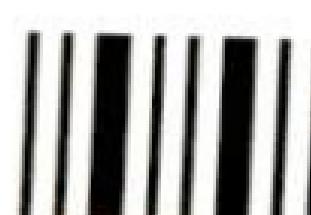
Indication sur ordonnance



PPV: 61DH50

PER: 09/25

LOT: L3090



# ZOLAM® 30 mg

## *Lansoprazole*

28 gélules

Act 2

120, 70



TITULAIRE/EXPLOITANT :

Teofarma S.r.l.

Via F.lli Cervi, 8

27010 Valle Salimbene (PV) - Italie

Fax 0039/0382/525845

e-mail: servizioclienti@teofarma.it



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

Laroxyl® 25 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



LAROXYL +  
GROSSESSE =  
DANGER

Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte à compter du 7<sup>e</sup> mois  
de grossesse, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique



BOÎTE  
+ NOTICE  
+ PLAQUETTE VIDE



PLAQUETTE  
NON VIDE



PHARMACIE



6 118001 040384  
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70

3400930573020

TITULAIRE/EXPLOITANT :

Teofarma S.r.l.

Via F.lli Cervi, 8

27010 Valle Salimbene (PV) - Italie

Fax 0039/0382/525845

e-mail: servizioclienti@teofarma.it



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

Laroxyl® 25 mg



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I    UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**LAROXYL +  
GROSSESSE =  
DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte à compter du 7<sup>e</sup> mois  
de grossesse, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique



BOÎTE  
+ NOTICE  
+ PLAQUETTE VIDE



PLAQUETTE  
NON VIDE



PHARMACIE



6 118001 040384  
**LAROXYL 25 mg**

(Chlorhydrate d'amitriptyline)  
60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70

3400930573020



٩٦

١٣٢

١٧٠

٥٥٠

١٠٠ ملخ  
نحوتين

٣٠ حبة ملبيّة

عن طريق الفم

PPV

٢٨,٨٠

LOT

PER





٩٦

١٣٢

١٠٧

٥٤

١٠٠ ملخ  
نحوتين

٣٠ حبة ملبيّة

عن طريق الفم

PPV

٢٨,٨٠

LOT

PER



:=  
:

፩

۲۰۷

{ : }

30

مجمع 100 تبا میں پھر

١٦٧

PPV

28, 80

LOT

PER



# Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg

## Vie orale

## Boîte de 20 comprimés

POLYMÉDIC

Boîte de 20 comprimés

$$3 + 100$$

# Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg

Voie orale

# Boîte de 20 comprimés

POLYMÉDIC

**علبة من 20 قرصاً**  
**Boîte de 20 comprimés**

$$3 + 100$$