

# 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.

## Maladie

## Dentaire

## Optique

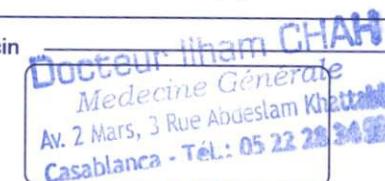
## Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |  |  |        |
|--------------------------------|--|--|--------|
| Matricule :                    | 6572   | Société :  | RAM    |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                                     | 157242 |
| Nom & Prénom :                 |  | EL GMAUT   |        |
| Date de naissance :            |  | 10/10/61   |        |
| Adresse :                      |  | Residence Amane I Rue Mohamed HYANI<br>Appt 19 Fnaa Ville casablanca |        |
| Tél. :                         |  | 06 61 16 58 26 Total des frais engagés : 713, 40 Dhs                 |        |

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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 : cosa

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10-04-2023      | 10                | 1                     | 15000                           | Docteur Iham Ghanem<br>Médecine Générale<br>Av. Mars, 3 Rue Kabbadiean Khatib<br>Zahle - Tel: 05 22 71 24 00 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
| <i>N.D.L.</i>                          | 10/04/23 | 563,40                |
| <b>INPE:092035401</b>                  |          |                       |

## **ANALYSES - RADIographies**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 |                        |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|
|                 |                |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS     |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION      |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION        |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | C        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The arch is divided into four quadrants by a vertical midline and horizontal gingival lines. The quadrants are labeled: **D** (left), **G** (right), **H** (anterior), and **B** (posterior). The teeth are arranged as follows:

- Upper Arch:** Teeth 1 through 8 are positioned in the following sequence from anterior (H) to posterior (B): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Lower Arch:** Teeth 1 through 8 are positioned in the following sequence from anterior (H) to posterior (B): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

HMO EL GHAZI Souad

Ordonnance

Casablanca, Le. 10.04.2023

$$114,10 \times 3 =$$

|               |          |       |
|---------------|----------|-------|
| Oxalo-sang    | 103 - 00 |       |
| 19 ml 200 -   | 500 -    | 79,70 |
| ZABH - omar   | 103 -    |       |
| 19 jij 103 -  | 82 -     |       |
| - NOS / omar  | 0 -      | 37,40 |
| 29 jij 103 -  | 82 -     |       |
| Rheomida 5    | 5 -      |       |
| 15 sat (j) 5  | 5 -      |       |
| 700 askins    | 40900 -  |       |
| 100 jij 103 - | 41,10    |       |
| Bondokod sang | 103 - 3  |       |
| 103 - 3       |          |       |

LOT:1163  
PER:05/24  
PPV:41,10DH

Docteur Ilham Chah  
Medecine Generale  
3, Rue Abdesslam El Khatabi  
Casablanca Tel. 05 22 28 34 52

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 / المستعجلات : 06 61 46 84 49 ٥٦٣١٤٠

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
  
6 118001 183104

# Composition

Prednisolone..... 20 mg

(sous forme de métasulfobenozoate de sodium)

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

Excipients à effet notoire : Lactose, sodium

التركيز :  
بريدنيزولون 20 ملг.....

(على شكل ميتسلفوبينزوات صوديوم)

سواغ كمية كافية ..... قرص واحد فوار

سواغ ذات تأثير معلوم : اللاكتوز، الصوديوم

|          |       |      |      |
|----------|-------|------|------|
| <b>1</b> |       |      |      |
| Durée    | Matin | Midi | Soir |

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

# کوبرید

بریدنیزولون

20

عن طريق الفم

قرصا فوار

20

PHARMAS

LOT : 3651  
UT.AV : 11-22  
PPV : 36DH40



IBERMA

# سيبيسيين® مع 500 مغ

سيبروفلوكساسين.

علبة من 10 أقراص ملبدة  
عن طريق الفم

يجب احترام الجرعات الموصوفة

**SEPCEN® 500 mg**

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

74,80

LOT: 093/2020  
P.R.: 06/2025  
P.V.: 07/2024

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

رينو ميسين

مسحوق لتحضير الشراب

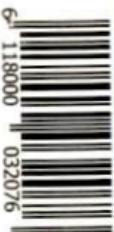
10 أكياس

مختبرات الصيدلية فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

PHARMA 5  
LOT : 3484  
UT.AV: 10-25  
PPV : 22DH70

مخصوص للبالغ والاطفال ما فوق 15 سنة.  
الدواء - درعه الاستعمال - كيغية الاستعمال.

Vita C1000®  
20 comprimés effervescents



6-118000 032076

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.  
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
MODE D'EMPLOI : Voir notice  
للماء  
بعد انتشوب مغصنا بماء عن العلاج والطهارة.  
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de  
l'humidité.  
مرأى لا يدخل.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

AMM N° 02 DMP/21



جافا ٢٠

(٣٠ جم)

١٠٠٠

**Vita C 1000®**

PPU 26DH90

EXP 07/2025

LOT 28031 ?