

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 3242 Société : RAM 6580

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : F. LAYACHI chadia

Date de naissance :

Adresse : Rue 76 n° 35 groupe P oufca caro

Tél. : 0666339277

Total des frais engagés : 541,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LOUNA LI EL LAYACHI chadia Age : 30

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Affection gynéco gyniqque

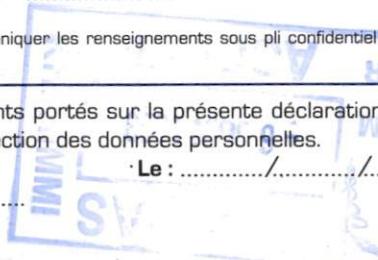
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 05/02/2019

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
15/05/23	CS		Gratuit	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/05/2023	488,60
	15/05/2023	58,20

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**(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

**Dr. Layachi - Tahiri Faouzia**

**Gynécologie - Obstétrique**

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le :

15/05/23

me l'ouvrir à l'AFI chadis

1. Arix 500mg

Xa<sup>20</sup> x 4 = 318,80

1cp/j x 11j

2enval

ui, d<sup>9</sup>

1cp/j

2. cotimed

us. 60

3cp le matin

3. etamyl 1000mg

132.12

1cp x 21j

4. Vitamine D3 2097

1amp 1 semain

5. Bontamyl

1cp x 21j 2160

PHARMACIE DU NIL  
451, Bd. Sidi-Rabbi  
Casablanca



488,00



sé n°  
de  
s.  
on.  
A conserver à une  
température ne dépasser  
pas 30°C et à l'abri de la  
lumière.

ID : 602797

PPV : 79DH70  
PER : 10/23  
LOT : J2783

PPV : 79DH70  
PER : 10/23  
LOT : J2783

**Composition :** AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP  
Paracétamol ..... 1000 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.  
Boîte de 10 comprimés  
Dr. Maria MATTOUH - Pharmacien Responsable

CEFTAMY 1000 mg  
Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP  
Paracétamol ..... 1000 mg  
Excipient à effet notoire : lactose.  
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH

PPV 79DH70  
PER 11/23  
LOT J3106

PPV 79DH70  
PER 12/25  
LOT 12603

de 5 ml.

AMM N° : 167DMP/21/NRQr

**BUTAMYL®**

Salbutamol  
Flacon de 100 ml

P.P.V. : 21,40 DH

6 118000 190189

ختبارات غالينيكا - م. ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
G Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

No  
Lire  
utilis  
Tenu  
la po  
Alt  
sus  
GlancoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,90 DH  
ID : 64526  
6 118001 141357

BATCH MAN 1020  
HP404 EXP 0924

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses  
احترم дозы, назначенные врачом / احترم дosenes الموصى بها

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/  
بصرف فقط بوصيحة وصفة طبية

Liste II - List II - **جنة II**

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR

6 118001 272228

P.P.V. : 20,90 DH

Dr. Maria MATTOUH - Pharmacien Responsable

Boîte de 10 comprimés

Excipient à effet notoire : lactose.

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP  
Paracétamol ..... 1000 mg  
Excipient à effet notoire : lactose.

CEFTAMY 1000 mg  
Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP  
Paracétamol ..... 1000 mg  
Excipient à effet notoire : lactose.

PHARMACIE DU NIL  
HAY OULFA CASABLANCA  
PATENTE: 36004560

Patente 00004636  
ICE 001664535 000081

INP: 09204519 u.

Le... 15/05/2023.

PHARMACIE DU NIL  
451, Bd. Dug-Rabii  
Casablanca

## FACTURE

NOM: Deme Louhili El Aji CHADIA

Accrète la présente facture à la somme de cinquante huit dinars, 20 centimes.

**PHARMACIE DU NIL**  
30, Bd. Oum-Rabii  
Casablanca

**Formule :**

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

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

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 01-24

LOT : J2690

# Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenzoate sodique)

**20 mg**



20 comprimés  
effervescents  
sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



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