

# 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 : 7205

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Quadhiri Azeddidine

Date de naissance :

29/08/1961

Adresse :

38, BD Driss Lachraoui étage 3 Casa.

Tél. :

661 15 6764

Total des frais engagés :

.Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. NADIR Amina**  
Endocrinologue - Diabetologue  
Nutritionniste  
182, Boulevard Aoual Casablanca  
Tél. 05 22 86 44 86/05 22 86 44 44

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

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 :

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 Relèvement des Actes
10/05/83	S			DR. HADIR, Endocrinologue, Diabetologue, Nutritionniste, Boulevard Anoual Casablanca 132, 105 22 86 44 86/05 22 86 44 44

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. HADIR, Endocrinologue, Diabetologue, Nutritionniste, Boulevard Anoual Casablanca 132, 105 22 86 44 86/05 22 86 44 44	10/05/83	182430
	23	

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	G	
	D	00000000	00000000	B	
		00000000	00000000		
		35533411	11433553		

  

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION

  

DATE DE L'EXECUTION				FIN D'EXECUTION

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur NADIR Amina**

**Spécialiste**

Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste



Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité  
Maigreux - Retard de croissance et de puberté

**الدكتورة نديرة أمينة**

**طبيبة أخصائية في**

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية  
الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول  
النحافة - تأخر النمو و البلوغ

## ORDONNANCE

Casablanca le, ..... 10/08/2023 ..... الدار البيضاء في :

Mr - Mme : ..... Mr OUDRHIRI Azzeddine

3810x5 GLYCAN RETARD 850MG

1 Comprimé le matin, 1 comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 3 mois

6880x3 AMAREL 4 MG

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 3 mois

2880 x5 VITANEVRYL FORT

1 Comprimé le matin 1 Comprimé le midi 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 3 mois

10040 x5 BREXIN 20 MG

1 Comprimé le matin après le repas pendant 3 mois

10f10 x3 ROSUCAL 10 MG

1 Comprimé le soir après le repas pendant 3 mois

6010 EPYCA 50 MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 3 mois

28000 NOVOFINE 8 mm

1 Comprimé le soir après le repas pendant 14 jours

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

**NOVOFINE 8 mm** 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

**Dr. NADIR Amina**  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste  
Boulevard Anoual Casablanca  
182، شارع أنوال، درب غلطف، الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 86 44 44 - 05 22 86 44 86  
العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

عن طريق الفم

حبة ملمسة مقدارة بـ 850 من



ميتوهورجين كلوريدرات

روتار 850



PPV

21,40

LOT

PER



عن طريق الفم

حبة ملمسة مقدارة بـ 850 من



ميتوهورجين كلوريدرات

روتار 850



PPV

21,40

LOT

PER



# GLYCAN® Retard 850

Metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT L0737 PER 06/26

60 comprimés enrobés dosés à 850 mg

Voie orale

60 comprimés enrobés dosés à 850 mg

GLYCAN® Retard 850

# GLYCAN® Retard 850

Metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT L0737 PER 06/26

60 comprimés enrobés dosés à 850 mg  
Voie orale

60 comprimés enrobés  
dosés à 850 mg

GLYCAN® Retard 850

# GLYCAN® Retard 850

Metformine chlorhydrate

PPV 38.10 DH  
LOT L0737 PER 06/26

60 comprimés enrobés dosés à 850 mg  
Voie orale

60 comprimés enrobés  
dosés à 850 mg

GLYCAN® Retard 850

4327-73-20-3

2800

22-485-14

© 2020

novonordisk.com  
Fabrique par:  
Novo Nordisk A/S  
Pour fabricant légal:  
Distribute sous licence  
DK-2880 Bagværd, Danemark  
per lapoppen  
21, Rue des Oudaya  
Corporation Limited  
Niplo (Thiandu)

02/2027

03/2022

LOT M8C11M -3

STERILE

Utilisez les aiguilles d'injection selon les directives de votre professionnel de la santé ou tel que  
et le captation extrémité de l'aiguille doivent être intactes. Ne pas utiliser une aiguille pliée ou  
endommagée. Jetez les aiguilles usagées et capturez-d'ailleurs avec précaution, par ex. dans un  
recipient pour objets tranchants. Les emballages sont recyclables.  
Avertissement : Garder les petites pieces hors de la portée des enfants.  
Dispositif médical.

novofine®  
30G 8 mm

x 100

  
ovo novonordisk®

8

# Brexin®

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale

Chiesi

100,40



# Brexin®

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale

Chiesi

100,40



# Brexin®

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale

Chiesi

100,40



# Brexin®

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale

Chiesi

100,40



# Brexin®

Piroxicam- $\beta$ -cyclodextrine

**20** comprimés effervescent

voie orale

Chiesi

100,40



# لوجو كال

®

روزهاستاين

10  
ملغ

LOT : 2469  
PER : 08 - 25  
P.P.V : 147 DH 10

A23770

PHARMA 5



28 قرصاً ملبيساً

عن طريق الفم

**50mg**

# **EPIYCA®**

Prégabaline

**Voie orale**



**14 gélules**

Lot N°:

**4512**

EXP.:

**05/24**



فريزي  
فريزي

بنفوتيامين 100 ملغ

28,80

28,80



فريزي  
فريزي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 جبة ملبيسة

فريزي  
فريزي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 جبة ملبيسة

عن طريق الفم

28,80

28,80



بنفوتيامين 100 ملغ

30 جبة ملبيسة

عن طريق الفم

28,80

28,80

PPV

PPV

OT

OT

PER

PER

مسير بيل سوي

بنفوتيامين 100 ملغ

30 جبة ملبيسة

عن طريق الفم

28,80

28,80

