

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-815049

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>13113</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>EL RHAYAB Rachid 188474</b>
Nom & Prénom : <b>EL RHAYAB Rachid 188474</b>			
Date de naissance : <b>24/03/1990</b>			
Adresse : <b>Cité de l'air, Rue Agadir 9A Nouaceur</b>			
Tél. : <b>061759888</b>	Total des frais engagés : <b>732,00</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>11/12/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL RHAYAB GHITA</b> Age: <b>18</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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.			
Fait à : <b>Casablanca</b> Le : <b>11/12/2022</b>			
Signature de l'adhérent(e) :			

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 : **Casablanca** Le : **11/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/23	431,90 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

Date : 11/12/23.....



## ORDONNANCE

Ghita El Rhayat

(S.V)

(S.V)

20,9 vitamine D<sub>3</sub> BON  
4M HEXAXIM

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
HEXAXIM 0.5ML 1F 2  
AIG SP  
P.P.V: 411,00 DH  
6 118001 082063

PHARMACIE AL - M  
Hay My Rachid Group  
N° 45 Rue V - Casablanca  
Tél : 05 22 71 22 22



54000440

BATCH MAN 0323

HP433 EXP 0227

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses  
يُنْبَهُ مُنْتَهِيَّا وَالْمُنْبَهِّ بِمُنْتَهِيَّهِ الْمُنْبَهِّ

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/  
يُنْبَهُ مُنْتَهِيَّا وَالْمُنْبَهِّ بِمُنْتَهِيَّهِ الْمُنْبَهِّ

Liste II - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118 00 1 272 228

PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
صاحب مقرر التسجيل / MA holder

 BOUCHARA-RECORDATI  
GROUPE

70, avenue du Général de Gaulle  
92800 PUTEAUX - FRANCE  
Tél : +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer /  
المنْصَب  
HAUT PHARMA  
1, rue Comte de Sinard  
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

# Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

كوليكسبيفِرول /

1 ملليلتر للحقن العلاجي للشريان / 1 ml

مليليتر 1000  
مليليتر 200  
مليليتر 100  
مليليتر 50  
مليليتر 20  
مليليتر 10  
مليليتر 5  
مليليتر 2  
مليليتر 1

Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup>  
200 000 UI/1 ml

in 1 ml ampoule

Composition :

Cholecalciferol/vitamine D3 200 000 IU

Medium-chain triglycerides qs 1 ml

Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup>  
200 000 UI/1 ml

en ampoule de 1 ml

Composition :

Cholecalciferol/vitamine D3 200 000 IU

Triglycerides à chaîne moyenne qs 1 ml

(12)  
15

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml  
فيتامين D3 ب و ن 200 000 وحدة دولية/1 مل

Lire attentivement la notice,  
avant utilisation.  
Voie orale ou injection I.M.  
Tenir hors de la vue et  
à la portée des enfants.  
A conserver à une température  
inférieure à 25°C.  
et à l'abri de la lumière.

Read the leaflet carefully  
before use.

Oral use or I.M. injection.

Keep out of the sight and  
reach of children.

Store below 25°C and away from light.

بعد قراءة المنشورة قبل الاستعمال  
بعد طرفيه القدم أو عين العامل  
يحفظ بعيدا عن متناول الماء  
يحفظ بعيدا عن متناول الاطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C  
بعد عن الماء  
بعد عن ضوء

DE n° 269/14H 095/97/15 رقم التسجيل

بعد عن الضوء  
بعد عن ضوء لا تتجاوز 25°C  
بعد عن ضوء  
بعد عن ضوء