

# 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 : 8312 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAT LOU FILALI Adnane

Date de naissance : 20/07/1968

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/11/2023

Nom et prénom du malade : LAT LOU FILALI Adnane

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## 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
22/11/18		6	300.- DH	 Dr. H. CHEY Centre ORL de Diagnostic et de Soins Aigle Rue Jean Jaurès Tel : 05 22 51 20 20

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE RIHAB EL MELIANI - FASSI FIHRI</b> 5, Rue Cadi Bakkar - Casablanca Tél: 05 22 25 46 85	23/04/23	<b>PHARMACIE RIHAB EL MELIANI - FASSI FIHRI</b> 5, Rue Cadi Bakkar - Casablanca Tél: 05 22 25 46 85
		436,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

#### 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

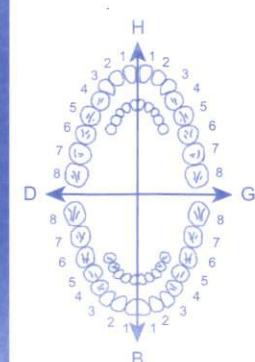
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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	
00000000	00000000
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

**Pr. CHELLY**  
Prise de RDV au  
07.11.29.29.29

**code**  
AL FARABI



Centre O.R.L Diagnostic &  
Explorations AL FARABI  
Casablanca le 10/07/2014

Casablanca, le.

22-99705-949  
Tax. 65mm Boudant, Casa  
Salvadora, Casanova  
Explorations

Monsieur

ADNAN

LAHLOU FILALI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

AUGMENTIN 1G  
1 S \*2 PAR JOUR PDT 7 JOURS

~~EFFIPRED20 mg  
3cp le matin pdt 6 jours~~

**AEROMAX doses nasales**

**XYZALL**  
1CP PAR JOUR PDT 1 MOIS

A blue rectangular label with white text. At the top, 'Aeromax' is written in large, bold, blue letters with a registered trademark symbol. Below it, 'Budésonide' is written in a smaller, blue, sans-serif font. At the bottom, there is a white rectangular area containing the following information: 'LOT:066S052B', 'PER:11/2024', and 'PPV:190.00 ch'. The label has two small metal pins visible on its left side.

A photograph of a white rectangular pharmaceutical box for Xyzall 5 mg. The box features a large blue 'X' logo followed by the word 'yzall' in a stylized font, with '5 mg' in blue to the right. Below the logo, the text 'Dichlorhydrate de Lévocétirizine' and '28 comprimés pelliculés' is printed.

~~PHARMACIE RIHAB  
EL MELLAH - FASSI FIHRI  
5, Rue Codi Bokolo  
Tél: 05 22 25 685~~

Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
quespecialiseefarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
T : 06183718333333

[cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com](mailto:cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com)

IF : 14478582

:001837199000069



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g

/125 mg  
sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PCU : 126,30 DH

LUT : 649744

PER : 03/24



**FORMULE UNITAIRE:**

PREDNISOLONE ..... 20 mg  
(sous forme de mésasulfobenzoate  
sodique)

Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé  
effervescent

Cette boîte contient 400 mg de  
prednisolone

Tube à conserver bien fermé à  
l'abri de la chaleur et de l'humidité

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES  
ENFANTS**

**POSOLOGIE:**

Se conformer à la prescription du  
médecin.

**INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
- PRÉCAUTIONS D'EMPLOI:**  
Voir notice.

يحفظ الأنابيب مغلقاً بمعزل  
عن الحرارة و الرطوبة

AMM N° 07DMP/21

لا تتجاوز الجرعتين المحددة

NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

# EFFIPRED®

Prednisolone

## 20 mg



20  
**Comprimés  
effervescents**

LAPROPHAN