

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

197970

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10064 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Smahi Mostapha

Date de naissance : 01-01-1958

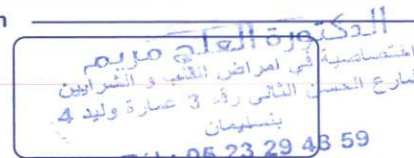
Adresse : N° 124 Bloc 211 DB Hay Hassani Derb

Elphouia Casablanca

Tél. : 06 9113 744 2 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : Smahy Mostapha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur thoracique

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 : Casa Le : 7/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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
12/02/2024	h + ECG	1	3250	
20/02/2024	contrôle	1	60	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ZINEB Dr. ZINEB BEN ZRATI P 686 Imm Sidi M Ray El Felline Sidi Slimane - Tél : 05 23 29 70 95 INPE: 062114210	20/02/2024	158,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

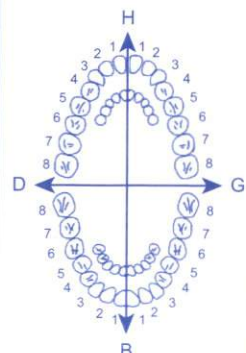
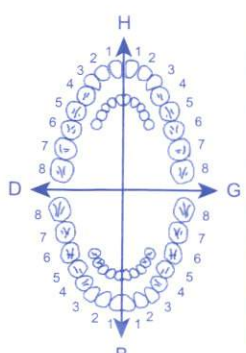
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Meryem Alj  
Cardiologue

Lauréate de la faculté de médecine  
et de pharmacie Casablanca  
Diplôme d'Echocardiographie Doppler  
de l'Université Victor Segalen Bordeaux  
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة العليج مريم  
اختصاصية أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة البيضاء  
حاصلة على دبلوم فحص القلب بالصدى  
من جامعة بورج و بفرنسا  
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Benslimane, le .....

22/12/2024

Soudy Aunaphs

79,100

① -

Fitofen gelule



1 - 0 - 1

79,100

② -

Apical sup 1 box 3



pour 1 mois

pour 7 jours

T2 158,80

Pharmacie ZINEB

Dr ZINEB AZRATI

N° 686 Imn Chay El Felline  
Benslimane - Tél : 05 23 29 70 00

INPE : 062114210

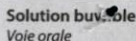
الدكتورة العليج مريم  
اختصاصية أمراض القلب و الشرايين  
Tél : 05 23 29 48 59

شارع الحسن الثاني رقم 3 الطابق الثاني عمارة وليد 4 بجانب مكتبة كوثر بنسليمان

Email : meryem\_alj@hotmail.com / 05 23 29 48 59 : الهاتف Gsm : 06 00 68 80 21 : المحمول



**ritofer®**  
B9



### FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimé, boîte de 30. Solution buvable, flacon de 200 ml.

**COMPOSITION :**

**Fitofer® B9 Comprimé (par comprimé) :** Fer chélate

LOT: 230548  
PER: 06/2028  
PPC: 79, 80dh

**Fitofer**  
B9

PRO

Fitofer® globuli  
à l'app  
corrigé

## UTILI

Fitofer®  
• Auame

473278

une:  
esse - Allaitement...

- Insuffisance d'apports : Enfants - Sujets âgés - Régimes alimentaires restrictifs...

### CONSEILS D'UTILISATION :

**Fitofer® B9 comprimé : Adultes : 1 à 2 comprimés par jour.**

**Fitofer® B9** solution buvable : Enfants de 1 à 5 ans : 1 cuillère à café 2 fois par jour.

Enfants de 5 à 12 ans : 1 cuillère à café 3 fois par jour . Adultes : 2 cuillères à café 2 fois par jour.

### PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- A utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Respecter la dose journalière recommandée.
- Tenir hors de portée des jeunes enfants.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

### CONSEILS ALIMENTAIRES :

Afin d'optimiser l'absorption du fer, lors de la prise de Fitofer® B9, éviter la consommation concomitante de thé ou de café.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research s.r.l. Italie. Importé au Maroc par Thérapharm

Numéro d'enregistrement au Ministère de la Santé et de la protection sociale :

- Fitofer® B9 Comprimé : DA20190811525DMP/21MAv3

- Fitofer® B9 Solution buvable : DA20201012178DMP/20UCA/MAv3



8 032578 477337

Lot:

230791

À consommer  
avant le:

09/2026

PPC: 79,00 DH

Pharm  
RE