

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

onditions 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.

armacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

- 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.

ntaire :

- 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

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° P19-0003888

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1167 Société : R.M.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : EL KHOU MOHAMED Date de naissance : 1952
 Adresse : La Mutuelle
 Tél. : 05 22 24 20 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2019
 Nom et prénom du malade : EL KHOU MOHAMED Age : 66 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchopneumonie aiguë
 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) : Le : / /

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
03/09/19	G		250.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Centre Docteur BABA Fatima 677, Bd. Mohamed V Tél: 0522 24 94 80 - Casablanca	03/09/19	452.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

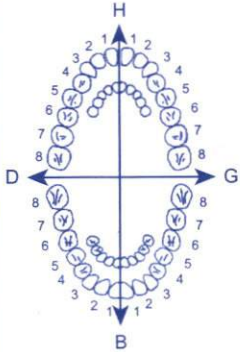
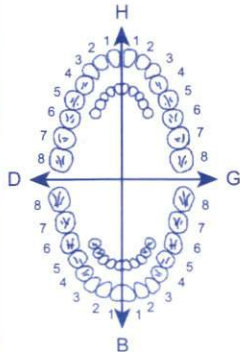
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
nutrition et maladies métaboliques

Lot: A consommer de préférence avant le: 01/2021
PPC: 79,50 DH
Cabinet Endocrinologie
de Casablanca

Spécialiste en pathologie hypothalamo hypophysaire Paris
- DIU en nutrition



PPV: 93,00 DH
LOT: 601312
PER: 05/20

PPV: 57,10 DH

حصوات د
ج. وادي ص
16-10-2021

AMM N°: 569/17 DMP/21/NRO
LOT: 18312
PER: 09-2021
PPV: 52,80 DH

PPV: 55,30 DH
LOT: 19A07/B
EXP: 01/2021

Casablanca le: 03/09/18

M. El Khou Khadife

24,40x3 nee Bernad

- Levothyrox 100µg

93,14x15

- Coamoxiclav 1g

52x15 x 215

- Aulcer 1g

13,40x3

- Levothyrox 100µg

5x14

- Anapril 20

29x10x15 Anapril

56x10x15 Anapril

- Anapril 20

صيدلية النسيجه
PHARMACIE du CONSEIL
637, Bd. Mohamed V
(Face Ex. Marché Crio)
Tél: 05.22.24.94.80 - Casablanca

Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Adaraa El Mourakouchi Résidence Fatima Zahra II, 4ème étage - N° 12
Casablanca (au dessus de ACIMA et BMCE)

0522 61 22 24 / 0522 61 22 25 bennisloubna@yahoo.fr

زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العذراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء 2 الطابق 4 رقم 12، الدار البيضاء (فوق أسيميا و BMCE)



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

7871391098

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

• احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد

• إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك

• وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر

فعالية ليفوتير كسر



611 800110201 3

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160333

7871391017

Merck Serono

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

فعالية ليفوتير كسر



611 800110201 3

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160333

7871391017

Merck Serono

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس[®] قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بكاملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
- إذا كنت لديك أسئلة أخرى، إسأل طبيبك أو صيدليك

MERCK

7871391017



611 800110201 3

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160333

Merck Serono

Classe pharmacotherapeutique

3. Comment prendre LEVOthyrox