

# 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.

## Biologie 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.

## 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.

## dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003888

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1167** Société : **RNM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **EL KITOU MOHAMED** Date de naissance : **1959**

Adresse : **Haibatul**

Tél. : **0522242097** Total des frais engagés :

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **03/09/2019**

Nom et prénom du malade : **EL KHIAUSEKADY** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

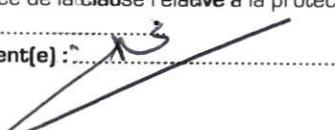
Nature de la maladie : **ED Bronchopneumopathie**

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 : **/ /**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE du DOCTEUR BABA FATHI 21 Bd. Mohamed V Casablanca 21-22-23-24-94-80 - Casablanca</i>	03/09/19	452.10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# Dr. Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
nutrition et maladies métaboliques



Lot: 661312  
A consommer  
de préférence avant le: 05/20  
PPC: 79,50 DH

PPV: 93,00 DH  
LOT: 661312  
PER: 05/20

PPV: 57,00 DH  
ج. و. ج. و. د  
دكتري

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

لبيضاء  
سفاني

ترخيصه بمد  
طبي  
لبيضاء  
لبيه  
PPV: 56,30 DH  
LOT: 19A07-B  
EXP: 01/2021

Casablanca le: 03/09/18

Meel

El Khou Kleedje

26,40x3 né Bernad

- Dexdreyfus 500ug

203mas

93,14g

- Coquicid 10g

52gls x 21j

- Aulcer 500mg

صيادلية النساجون  
PHARMACIE du CONSEIL

637, Bd. Mohamed V  
(Face Ex. Marché Cri)

Tel: 05.22.24.94.80 - Casablanca

- Dexdreyfus 500ug

500mg x 20j 241-20103

29 filoplolis 500mg

56g les 5 x 31-  
coee 200g

Dr. BENNIS Loubna  
Spécialiste en Endocrinologie  
et Diabétologie  
nutrition et maladies métaboliques  
Ibn Adaraa El Mourakouch  
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](mailto:bennisloubna@yahoo.fr)

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

- 80342

787139108

**MERCK**

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® فرصل قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

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

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
  - إذا كانت لديك أستلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدليك
  - وصف لك هذا الدواء شخصياً. لا تعطيه لأحد سواك

Merck Serono



611 800110201 3  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

7862160333

7871391017

MERCK

نشرة معلومات الاستعمال

فعالية ليفوتيروكس

لا يحوي: التخدير، مهدئ، المخدر، المهدئ



611 800110201 3  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

7862160333

7871391017

MERCK

نشرة معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسون صودي، عن طريق الفم

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

- احفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
- إذا كانت لديك أي سؤال آخر، يرجى إرسال طلبك أو صييليك

MERCK

7871391017



611 800110201 3  
**Levothyrox® 50µg,**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

7862160333

MERCK Serono