

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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](http://www.mupras.com)

M22- N° 000270

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : DAKACH MED NAJIB

Date de naissance : 02/06/1953

Adresse : BLOC ET RUE NR4 MAISON NR99

Cité : DAKHILA ALAOUIZ

Tél. 0661323124 Total des frais engagés : 556,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : Agadir Le : 03/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. LAWIA AL Mansouri F. Av. Al Dakhla - 032822 - 0743 PE: 042007237	03/11/23	556.90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT			MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI**

61 Avenue AHMAD AL MANSOUR EDDAHBI



**DR LAMIA OUSSERHIR**  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
ICE 000505403000079

R.C :40224  
T.V.A :IF 75768391  
Banque:  
Tél :0528-22-01

Patente:48145480  
C.N.S.S:6554382

Le 03/01/2023

**FACTURE N°256967**

HADIANI SAIDA

Désignation	Quantité	PPM	Total
ALLERGO-COMOD COLLYR	1	57,90	57,90
OXYAL CL	1	65,00	65,00
ANTIBIO-SYNALAR GOUTTES	1	19,40	19,40
BIPRETERAX 10/2.5 CP	1	159,50	159,50
COLTRAX 12 CP	1	45,70	45,70
PECTRYL SIROP GM	1	34,70	34,70
KARDEGIC 75MG\30	2	30,70	61,40
LOTEMAX COLLYRE 5 ML	1	112,50	112,50


  
 PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI  
 DR. LAMIA OUSSERHIR  
 61, Av. Al Mansour Eddahbi  
 Sidi Khla - AGADIR  
 Tel: 05 28 22 01 45  
 INPE: 042007377

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Cinquante Six Dirhams et 10 centimes.*



# KARDEGIC®

# KARDEGIC® 75mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFOFI

المكونات:  
أسيتيل السalicيك دل. ليسين ..... 135 مللي  
الكمية المقابلة من حمض أسيتيل السalicيك ..... 75 مللي

المكونات:  
أسيتيل السalicيك دل. ليسين ..... 135 مللي  
الكمية المقابلة من حمض أسيتيل السalicيك ..... 75 مللي  
موضع معروف الشائع: لاكتور،  
دواعي الاستعمال: ينصح بهذا الدواء في علاج بعض أمراض القلب  
والادعية الدموية،  
كيفية وطريقة الاستعمال: عن طريق الفم  
يحثثظ بعيداً عن مرأة ومتناول الأطفال،  
اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.

تحذيرات خاصة: خاص بالبالغين،  
يحتفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية،  
احفظ بالاكاس في العلبة الخارجية بعيداً عن الرطوبة،  
دواء لا يخضع لوصفة طبية.

**KARDEGIC + GROSSESSE = INTERDIT**  
**كارديجي + حمل = ممنوع**



**Ne pas utiliser chez la femme enceinte.**  
**لا يستعمل لدى النساء الحوامل.**

Tit  
Rou  
Cas  
Lah.  
**Fabrican**  
km 10, rou  
Ain Sebaâ :

PER : 09 2023  
LOT : 22E002

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



PER : 05 2023  
LOT : 21E1010

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847



**Comprimés**

12 comprimés de 4 mg



12 comprimés

**Coltrax® 4 mg**

(R)

**Coltrax**

THIOCOLCHICOSIDE

**Voie orale**

Indications  
posologie  
mode d'emploi  
contre-indications

انظر البيان  
voir notice

عن طريق الفم  
إرشادات  
مقادير  
كثافة الاستعمال  
حالات عدم الاستعمال

الدواء الجيد

دواء جيد  
12 كبسولة  
4 ملجم

دواء جيد

دواء جيد

118000 120322

**Allergo-  
COMOD®  
Cromoglicate  
de sodium**



**10 ml**  
de collyre  
**A instiller dans**  
**le cul-de-sac**  
**conjonctival**

 URSAPHARM

STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60 20 20 DMP/MAJ

A utiliser avant: / Lot n°

0 9 / 2 0 2 5

305382

**BAUSCH + LOMB**

**LOTE MAX®**

Etabonate de lotéprednol  
Suspension ophtalmique  
à 0,5% (5 mg/mL)

لوٽیماکس<sup>®</sup>

اتاينات اللوتسريدنول

**Stérile**  
**Sur prescription médicale**  
**exclusivement**

**مستعلق للعين معقم  
بوصفة طبية فقط**

5 mL

مل 5

ریخ الصنع : Date Fab. :  
ریخ الانتهاء : Date Exp. :  
حصة : Lot :

COMpte-GOUTTES OCULAIRE  
SOLUTION OPHTALMIQUE  
LUBRIFIANTE À BASE  
D'ACIDE HYALURONIQUE ET  
D'ÉLECTROLYTES ESSENTIELS

A standard linear barcode is positioned vertically on the right side of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

 CE 0483

**Fabricant**  
Dr. Gerhard Mann  
Chem. Chem-Fabrik GmbH

Chem.-pharm. Fabrik GmbH  
Brunsbuttel Damm 165 - 173  
D-13581 Berlin  
**Rimapharma**

**Vinapharma**  
Address: 165, Bd. Abdelmoumen  
Casablanca. Morocco.

Moroccan CE n° : 6851/2017/DMP  
Date : 06-10-2017

mdc medical devise  
certification GmbH  
Kriegerstrasse 6, D-70191  
Stuttgart