

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

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° W21-768229

148985

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11533

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUENNA

Date de naissance :

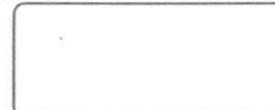
Adresse :

Tél. : 0600643493

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

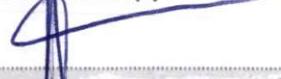
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



### 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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE N°1 VICTORIA Dr. RAHAI Haar Annas. 521-ZR164 N° 1 Victoria City 06.64.21.83.38 05.20.630.11 092088962	13/01/23	663,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

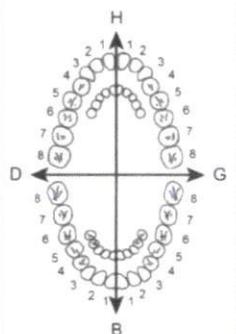
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

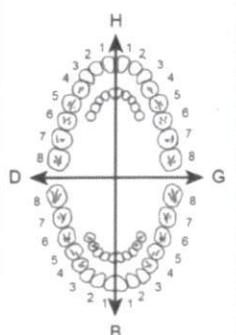
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Traitements



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2112022140400.

13 janvier 2023

NASR MOUNA

- 27.01.00  
22.80  
49.20  
106.70  
87.70
- 1/ Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin
  - 2/ Adancor 10mg 1cp /jour
  - 3/ Cardensiel 10 mg 1cp/j
  - 4/ Amep 5 mg 1 cp/j
  - 5/ Stanorm 20 mg 1 cp/j
  - 6/ Vascor 35 mg 1 cp x 2/j
  - 7/ Oedes 20 mg 1 gel/j le matin 15 min avant petit déjeuner
- TRAITEMENT DE 6 MOIS

663  
PHARMACIE NOUR VICTORIA  
Dr. RAHAL Hajar  
06.64.21.83.38  
05.20.630.111

0920888962

PHARMACIE NOUR VICTORIA  
Dr. RAHAL Hajar  
06.64.21.83.38  
05.20.630.111

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 118001 082018

6 118001 100897  
Cardensiel® 10 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 76,90 DH



090063728

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant
**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

Cardiologue

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Cardio pathie ischémique  
 + Diabète + IR

Dont ci-joint ordonnance :

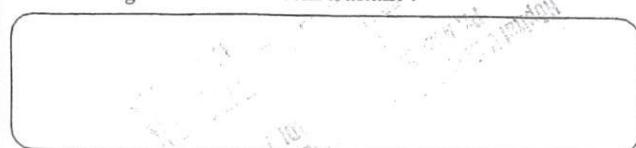
Traitement prescrit :

Voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

# Stanorm®

Atorvastatine

Voie Orale

20  
mg

30  
Comprimés  
pelliculés

Stanorm® 20 mg  
Atorvastatine



CS0462-02

Zenith pharma

Fabriqué et distribué par Zenith Pharma  
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc  
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable.  
AMM N° 294/18 DMP/21/NCV

مصنوع وموزع من طرف : زينيث فارما  
المملوكة الصناعية تاسila إيكان أغادير - المغرب  
د. محمد البومادي، صيدلي مسؤول.



81/90

# ستانورم®

أتورفاستاتين

20  
مغ

عن طريق الفم

30  
قرصاً  
مغلقاً

## Stanorm® 20 mg

Atorvastatine  
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331582

105x77x35

Composition : Atorvastatine calcique trihydraté ... 21.72 mg.  
Équivalent à l'atorvastatine ..... 20 mg.  
Excipients : q.s.p. Excipient à effet notoire : lactose.  
A conserver à une température inférieure à 30°C.  
A utiliser sur prescription médicale.  
Pour plus d'information : consultez la notice interne.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

التركيب : أتورفاستاتين الكالسيوم ثلاثي الهايدرات ..... 21.72 ملجم.  
ما يعادل أتورفاستاتين ..... 20 ملجم.  
السواغات : كمية كافية لغرض واحد. سواع ذو تأثير قصالي : للاكتوز.  
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30°C.  
يعرف بمحجب وصفة طبية. لمزيد من المعلومات : انظر النشرة المرفقة.  
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

**Composition :**

Trimétazidine (sous forme de dichlorhydrate) 35,00 mg  
Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé à libération modifiée

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.



التركيبة : تريميطريزدين (ثنائي كلوريدات) 35.00 ملг  
السواح ا.ن.ل..... فرض واحد ملبس ذو تحريك معدل  
يجب عدم رمي الأدوية في المجاري أو في التبليغات المنزلية. استفسر  
لدى الصالحي عن طرقية التخلص من الأدوية غير المستعملة.  
نساجم هذه التدابير في حماية البيئة

# VASCOR LM®

Trimétazidine 35mg

60

COMPRIMÉS PELLICULÉS  
À LIBÉRATION MODIFIÉE

voie ORALE



CEMCO  
COOPER PHARMA  
Fabricant par  
République arabe  
d'Egypte

N° D'AMM 305/17 DMP/21/NCD

Préconiser dans des cas spécifiques ou dans des situations particulières. Les instructions doivent être suivies.  
Prescription à une autre personne ou à un tiers. La distribution et la vente doivent être interdites.  
L'usage doit être limité à des cas nécessitant une surveillance étroite et régulière. Utilisation à court terme.  
Conserver à température ambiante et à l'abri de la lumière. Ne pas dépasser la dose prescrite.  
Ne pas dépasser la dose prescrite. Utilisation à court terme.  
Conserver à température ambiante et à l'abri de la lumière. Ne pas dépasser la dose prescrite.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
755 221 03 19

فاسكور™  
تريميطريزدين 35 ملغ

60

قرصاً ملباً  
ذو تحريك معدل

VASCOR LM 35mg  
60 comprimés pelliculés



دواء  
ذو تحريك  
معدل

عن طريق الفم



Adancor® 10 mg  
30 comprimés sécables

6

6909 - Lamp  
145 mm  
850550

# Adancor® 10 mg

Nicorandil  
Voie orale

30 comprimés sécables

د. ١٠ جم

د. ٣٠ جم

د. ٣٠ جم

الرقم: ٦١١٨٠٠١ - ١٠٣٠٠٣  
الوقت: ٢٠٢٤/٠٣/٠٣  
النوع: ملصق  
الشركة: Cooper Pharma  
العنوان: ٤١ rue Mohamed Diouri, 2010 Casablanca, Maroc  
ال負責人: Amina Daoudi  
التصنيع: Merck Santé, 37 rue Saint-Romain 69008 Lyon, France  
الرقم: ٦١١٨٠٠١ - ١٠٣٠٠٣  
الوقت: ٢٠٢٤/٠٣/٠٣  
النوع: ملصق  
الشركة: Cooper Pharma  
العنوان: ٤١ rue Mohamed Diouri, 2010 Casablanca, Maroc  
ال負責人: Amina Daoudi  
التصنيع: Merck Santé, 37 rue Saint-Romain 69008 Lyon, France

Lot 69008 - 03/2024  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Liste 1 - Tabaacu A (جذع) - 1/2024

MERCK

Lot 601F9L22  
Exp. 02/2024  
Fab. 03/2022

0191\_D

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable - Boîte de 30

Prix : 72,80 Dhs

Pharmacien Responsable :  
Amina Daoudi



MERCK