

## 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 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

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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)

Nº W21-687450

AS6100

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8729	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : A. Kowal Felicia			
Date de naissance : 26.02.1967			
Adresse : 1111 286 1er étage			
Tél. :	06 61 31 06 17	Total des frais engagés :	1203 dh

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		 <b>Dr AHMED BENNIS</b> <b>Spécialiste des maladies cardiovaskulaires</b> <b>98, Rue KADI IASS - MAARIF</b> <b>CASABLANCA</b> <b>78-79</b>	
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :		03, 04 2013	
Nom et prénom du malade :		Mr DIBI SOKRAN	
Age :		45 ans	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Soeur <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :		 <b>Dr AHMED BENNIS</b> <b>Spécialiste des maladies cardiovaskulaires</b> <b>98, Rue KADI IASS - MAARIF</b> <b>CASABLANCA</b> <b>78-79</b>	
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 : Lydiard

**Signature de l'adhérent(e) :**

Le: 03/04/13

A blank, torn piece of white paper with a blue pen mark on the left edge.

## 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
03/04/2013 04/04/2013 05/04/2013	Vaccin			INP : 09121591 BENAHMED Ahmed BE KADRI Hassan Signature : 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 03/04/2023

M. ZAKARIA MADKOUR



### 1) TRIPLEXAM 10/2.5/10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 4 mois

### 2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 4 mois Lundi et jeudi

✓  
Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardio-vasculaires  
98 Rue Kadi lass Maârif - Casablanca  
Tel : 05 22 25 36 00

صيادلة فلوريدا  
PHARMACIE FLORIDA  
Dr. ZIAD Mounia  
Lotissement Florida, Lot. 281  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél-Fax : 0522 32 19 59

MADKOUR ZAKARIA

Né(e) le 26.02.1967

Age 56 ans

Sexe Masculin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

FC 70 /min

Intervalles

RR 854 ms

P - ms

PR - ms

QRS 98 ms

QT 422 ms

QTc 459 ms

(Bazett)

Axes

P - °

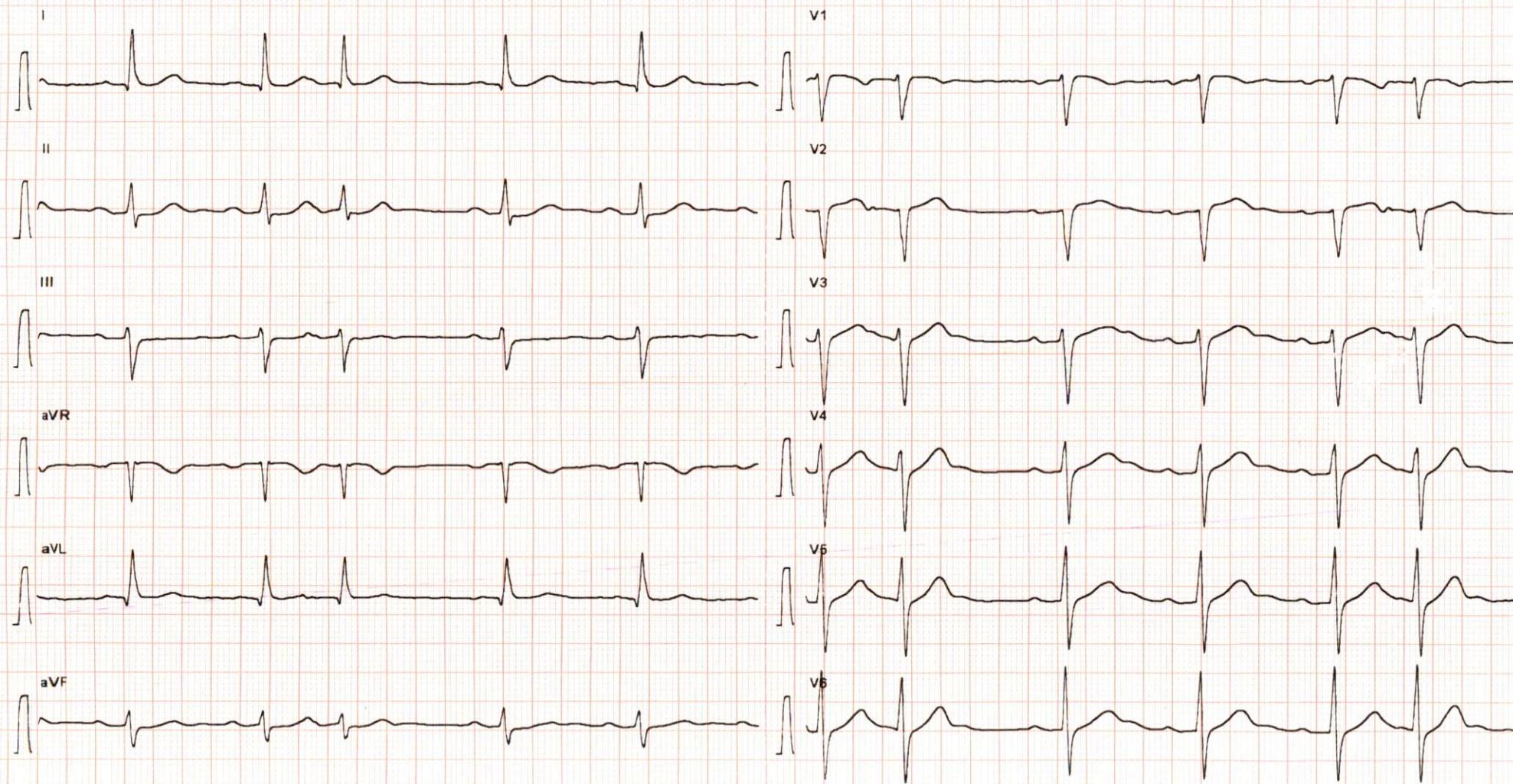
QRS -7 °

T 27 °

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, QRS(T) MODIFIÉE  
ANOMALIE EN ANTEROSEPT. POSSIBLE

R16.02

Rapport non confirmé





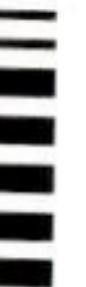
**CRESTOR®**  
rosuvastatine

10 mg

Liste 1-Uniquement sur ordonnance

لا يسمى هذا الدواء إلا بموجب وصفة قائمة 1

Lot 34251  
Exp 06/2025  
Fab : 07/2022



AstraZeneca

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعة الموصوفة

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
A conserver à une température ne dépassant pas + 30°C.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.



Tenir à l'abri  
de l'humidité  
يحفظ هذا الدواء  
بعيداً عن الرطوبة



**CRESTOR + GROSSESSE =  
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
l'adolescente ou la femme en âge de  
procréer, et sans contraception efficace**

يجب حفظ الدواء في مكان لا يصل إليه الأطفال و  
محظوظ عن أنظارهم.  
اقرأ النشرة الإعلامية قبل الاستعمال.  
احفظ الدواء في مكان لا تتجاوز فيه الحرارة  
30 درجة مئوية فوق الصفر.  
احفظ الدواء في غلافه الأصلي.

AstraZeneca

SERVIER

SERVIER

999B103001  
M: 502/17 DMP/21 NNP

AMM n°: 502/17 DMP/21 NNP  
8001069B103001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

DOCUMENT SUR ORDONNANCE  
RE LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
RESPÉCITER LES DOSES PRÉSCRITES

**TRIPLIXAM**  
**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

**TRIPLIXAM®**  
**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

8001089C103001

SERVIER

SERVIER

999B103001  
M: 502/17 DMP/21 NNP

AMM n°: 502/17 DMP/21 NNP  
8001069B103001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

DOCUMENT SUR ORDONNANCE  
RE LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
RESPÉCITER LES DOSES PRÉSCRITES

**TRIPLIXAM**  
**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

**TRIPLIXAM®**  
**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

8001089C103001