

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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° W21-776559

Par Cowin

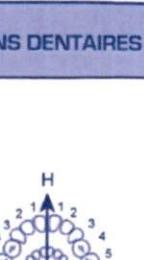
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>3218</u>	Société : <u>Royal Air Maroc</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>153552</u>
Nom & Prénom : <u>BELJID Zaina</u>			
Date de naissance : <u>18/12/54</u>			
Adresse : <u>BLOC E 11 N° 39 cité habib Agadu</u>			
Tél. : <u>0661389556</u>	Total des frais engagés : <u>433,70</u> Dhs		

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
DR. Salah Eddine RAQIM Cardiologue			
Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR Tél: 06 53 05 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84 10 ICE: 001606391000023 - I.F.: 75766116			
<u>15NPF 041118886</u>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>15/02/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Beljid Zaina</u> Age: <u>67 ans</u>			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>DNID + HTA + PAC</u>			
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 : 15/02/23
 Signature de l'adhérent(e) : Z

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-776559	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <u>3218</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>BELJID Zaina</u>
Total des frais engagés : <u>433,70</u> Dhs	Date de dépôt :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																												
 SOINS DENTAIRES	Dents Traitées [Empty grid for recording treated teeth]	Nature des Soins [Empty grid for recording type of care]	Coefficient [Empty grid for recording coefficient]	INP : <input type="text" value="1111111111111111"/>																								
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DÉBUT D'EXÉCUTION																								
				FIN D'EXÉCUTION																								
				 ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
						H	25533412	21433552																				
						D	00000000	00000000																				
						B	00000000	00000000																				
						G	35533411	11433553																				
						MONTANTS DES SOINS																						
						DATE DU DEVIS																						
						DATE DE L'EXÉCUTION																						
						VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
						VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

15/02/2023 12:03



Préscription | Pratisoft Santé pour la santé



Dr. Salah Eddine Raqim

Membre de la Société Marocaine
et Européenne de cardiologie

AGADIR LE : 15/02/2023 أكادير في :

MME BELJID ZAINA

165.50 ♂ 2

22.88

30.30

/

433.20

PHARMACIE LOTFY
Khalil Lotfy
Docteur en Pharmacie
44, Rue El Hawalet El Boulagh Dakhla - AGADIR
Tél : 06 38 23 90 09

Dr. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR
Tél: 06 58 05 00 22 Tel/Fax: 05 28 84 84 10
ICE: 001606391000023 - I.F.: 75/66116
INPE: 041118886

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE (Adulte & Congénital)
ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS-OESOPHAGIENNE

CHOCARDIOPHIE DE STRESS ■ HOLTER ECG (72h)
HOLTER TENSIONNEL ■ ECHO-DOPPLER VASCULAIRE

موعدكم يوم : Votre R.D.V le :

Atacand®
candesartan cilexétal 16 mg

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة ١-لا يسلم هذا الدوا-، لا يموجب وصفة



لترم العروض المسموحة

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants

اقرأ النشرة قبل إستعمال هذا الدوا-،
يحفظ هذا الدوا-، بعيداً عن متناول
وبحذر الأطفال

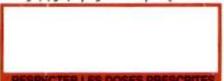
[ATA16mg/ANIIIA/0716 1]

02/2025
60088
03/2022

EXP:
Lot:
Fab:

Atacand®
candesartan cilexétal 16 mg

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة ١-لا يسلم هذا الدوا-، لا يموجب وصفة



لترم العروض المسموحة

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants

اقرأ النشرة قبل إستعمال هذا الدوا-،
يحفظ هذا الدوا-، بعيداً عن متناول
وبحذر الأطفال

[ATA16mg/ANIIIA/0716]

Lot : 204002
Exp : 12 2024
Fab : 01 2022

ATACAND + GROSSESSE
INTERDIT



**ATACAND + GROSSESSE
INTERDIT**

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

N° AMM Maroc : 140/16 DMP,
N° AMM Tunisie : 5103076

6 140/16 DMP/21/MED/PV:165.50 DH
118001 020546

Cp/ct:

ATACAND

SYNTHEMEDIC
نسته ميديك
22 rue abdellah ben abd el wathan roches
نسته ميديك
22 rue abdellah ben abd el wathan roches

Respecter les doses prescrites
لترم العروض المسموحة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة ١- لا يسلم هذا الدوا-، لا يموجب وصفة



Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en âge de
procréer et sans contraception
efficace,
- la femme enceinte,
sauf l'absence d'alternative
thérapeutique



• لا يسلط الضوء
• لا يدخل في الماء
• لا يدخل في الماء
• لا يدخل في الماء
• لا يدخل في الماء

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

933729120728

16 mg
Bte de 30

140/16 DMP/21/MED/PV:165.50 DH
118001 020546

Cp/ct:

ATACAND

SYNTHEMEDIC
نسته ميديك
22 rue abdellah ben abd el wathan roches
نسته ميديك
22 rue abdellah ben abd el wathan roches



**ATACAND + GROSSESSE
INTERDIT**

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

N° AMM Maroc : 140/16 : رقم رخصة التسويق في المغرب
N° AMM Tunisie : 51030 : رقم رخصة التسويق في تونس /

Cp/ct:

ATACAND

SYNTHEMEDIC
نسته ميديك
22 rue abdellah ben abd el wathan roches
نسته ميديك
22 rue abdellah ben abd el wathan roches

Composition :

Acétylsalicylate de DL - lysine 135 mg

Quantité correspondante en acide acétylsalicylique 75 mg

Excipient à effet notoire : Lactose.

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines affections du cœur et des vaisseaux.

Mode et voie d'administration : Voie orale.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mises en garde spéciales : Réservé à l'adulte.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à l'abri de l'humidité.

Médicament non soumis à prescription médicale.

PER. 96
2024
L01 : 22E007

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 50DH70



6

118000 061847

Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Aïn Sebaâ 20250,
Casablanca - Maroc.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Fabricant : sanofi-aventis Maroc

km 10, route côtière 1, quartier industriel Zenata -
Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.