

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canaux, 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 canaux.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-812637

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société : RAN

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : NASSER NOUNA

Date de naissance : 17/05/1983

Adresse :

Tél. : 06 00 673793 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) :

RELEVÉ 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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GARAN PROJET ANNASR VICTORIA Ouled Saïeh - Bouskoura Elhicham Abdelaziz - T. 00681 477 439	27-08-23	595.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

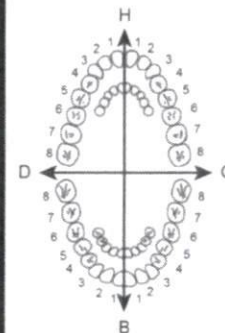
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

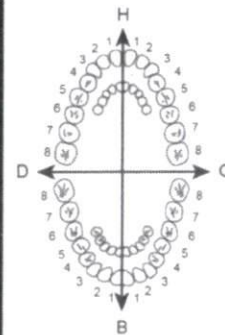
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI

المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



2112022140400.

27 juillet 2023

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

NASR MOUNA

1/ Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin

2/ Adancor 10mg 1cp /jour

3/ Cardensiel 10 mg 1cp/j

4/ Amap 10 mg 1 cp/j

5/ Stanorm 20 mg 1 cp/j

6/ Vascor 35 mg 1 cp x 2/j ou Vastarel 35 mg

7/ Lamprol 30 mg 1 gelX2j le matin 15 min avant

repas

TRAITEMENT DE 6 MOIS



Cardensiel® 10 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 76,90 DH

PHARMACIE GARAN
PROJET ANNASH-VICTORIA
Ouled Salem - Bouskoura
Dr. Elhadj Abdelaziz - Tél: 0661 477 468



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 www.hm6.ma

PHARMACIE GARAN
PROJET ANNASH-VICTORIA
Ouled Salem - Bouskoura
Dr. Elhadj Abdelaziz - Tél: 0661 477 468



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	NASSA MOUNA
Matricule : 11533	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : voir ordonnance	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : le 1	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div></div>	

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

AMEP®
amlodipine
10 mg
14x

COOPER PHARMA



AMEP® 10mg
14 comprimés

Liste 1/List 1 [Tableau A / Table A]
[جدول 1]

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES
احذر وخذ الجرعات الموصوفة

Uniquement Sur Ordonnance
Under Prescription Only
لا يسلم إلا بوصفة طبية

Avant toute utilisation lire attentivement la notice /
Read carefully the patient information leaflet before use.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants /
Keep out of the reach and sight of children.

AMEP is a trade mark



CE MÉDICAMENT + GROSSESSE
= DANGER
THIS MEDICINE + PREGNANCY
= DANGER
هذا الدواء + الحمل = خطر

Si vous pensez ou prévoyez d'être enceinte,
vous devez en parler à votre médecin avant de
prendre ce médicament.
If you think or plan to be pregnant, you must
tell your doctor before taking this medicine.
إن كنت تفكر أنك حامل أو تخططين للحمل، يجب عليك التحدث إلى
طبيبك قبل تناول هذا الدواء.



AMM N° 146/19 DMP/21/NRQ

AMEP®
amlodipine
10 mg
Voie Orale
Oral Route

Comprimés / Tablets 14x

DURÉE DURATION	MATIN MORN	MIDI NOON	SOIR EVEN
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COOPER PHARMA

Composition :

Amlodipine 10 mg
Excipients q.s. 1 comprimé/tablet

التركيبية :
أملوديبين 10 ملغ
سواغات لكافة أقراص واحد

COOPER PHARMA

Fabriqué par / Manufactured by
COOPER PHARMA
41, rue Mohamed el-Douri
Casablanca - 20110
Maroc / Morocco
Pharmacien responsable / Head Pharmacist:
Amina DAQUDI

صنع من طرف :
كوبير فارما
41، زقة محمد الدوري
الدار البيضاء - 20110
المغرب
الصيغلي المسؤول :
أمينة الداودي

Cl : 6278

Pharmac
Sous licence de

Adancor[®] 10 mg

Nicorandil

Voie orale

30 comprimés sécables

Adancor[®] 10 mg
30 comprimés sécables

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable - Boîte de 30

Prix : 72,80 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina Daoudi



6 118001 103003

MERCK

VASTAREL® 35 mg
Dichlorhydrate de trimétazidine

60 Comprimés pelliculés

VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine

Comprimés pelliculés à **L**ibération **M**odifiée



Composition : Dichlorhydrate de trimétazidine 35 mg
Excipients : q.s.p. un comprimé pelliculé à libération modifiée
Indications, contre-indications, posologie et mode d'emploi, effets indésirables, précautions d'emploi, interactions médicamenteuse, surdosage : lire attentivement la notice interne.
Voie orale.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

التركيب : ثاني كلوريدات تريمتازدين 35 ملغ
المواد : الكمية الكافية لحبة مثبثة ذات تحرر معدل
دواعي الاستعمال ، مضادات الاستعمال ، الجرعة و كيفية الاستعمال ،
الآثار الجانبية ، احتياطات الاستعمال ، التفاعلات الدوائية ،
الافتراط في الجرعة : اقرأ بدقة نشرة الدوائية .
يؤخذ عن طريق الفم .
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال .

021720

(50 x 28 x 114) mm

VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine
Comprimés pelliculés à **L**ibération **M**odifiée

احترموا الجرعات المحددة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة 1 : لا يعترف إلا بتوجيه وصفة طبية
Liste 1 : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
rue ZEMAO, Loc. FATH 4
Rabat 9, Aïnchmour, 20180 Casablanca

VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine
60 Comprimés pelliculés



6 118000 100218

ملح 35
فاستاريل
ثاني كلوريدات تريمتازدين

حبات مثبثة ذات تحرر معدل

09

IMPRIMEPEL
10/17

24590080-07