

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 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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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° W21-812637

<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>11533</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>NASR</u>
Nom & Prénom : <u>NASR AOUNA</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>060673793</u> Total des frais engagés : <u>15783</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 18 SEP. 2023 **Le :** 18 SEP. 2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 GARAN PROJET ANNASR VICTORIA Ouled Saleh - Bouskoura Elhadj Abdellah - Tel: 0661 477 459	27-08-23	595.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

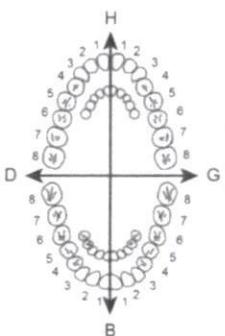
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

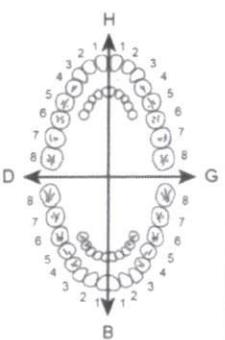
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CLÉFISSAGE
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.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain seba 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
7862160242

NASR MOUNA

270,00 = 84,00
72,00
76,90
38,90
137,20
= 874,40 repas
1/ Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin
2/ Adancor 10mg 1cp /jour
3/ Cardensiel 10 mg 1cp/j
4/ Amep 10 mg 1 cp/j
5/ Stanorm 20 mg 1 cp/j
6/ Vascor 35 mg 1 cp x 2/j ou Vastarel 35mg
7/ Lamprol 30 mg 1 gelX2j le matin 15 min avant
du repas

TRAITEMENT DE 6 MOIS

PHARMACIE GARAN
PROJET ANNASH VICTORIA
Ouled Saleh - Bouskoura
Dr. Elhadj Ait El Azziz - Tel: 061 477 488
21/6/20



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 Saleh - Bouskoura
Dr. Elhadj Ait El Azziz - Tel: 061 477 488

Sous Avis Médical



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALIDABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : *NASR MOUNA*

Matricule : *11533* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

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 :

Dont ci-joint ordonnance :

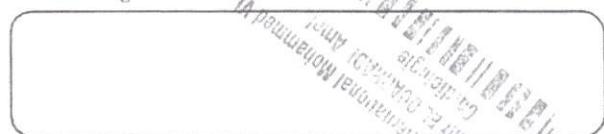
Traitement prescrit :

Joint ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *11/05/2023*

Cachet et signature du médecin traitant :



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



Liste 1/List 1 (Tableau A / Table A)
لائحة 1 (جدول A)

**RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES**
احترم الجرعات الموصولة
Under Prescription Only
ل بسلم لا بوصفة طبية

Avant toute utilisation lire attentivement la notice /
قبل الاستعمال اقرأ النشرة جيداً.
Read carefully the patient information leaflet before use.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants /
لا يترك في متناول و مرأى الأطفال.
Keep out of the reach and sight of children.
AMEP is a trade mark
أبر ماركة
CE MÉDICAMENT + GROSSESSE = DANGER
THIS MEDICINE + PREGNANCY = DANGER
هذا الدواء + الحمل = خطير
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.
إذا كنت تفكيرك أنك حاملاً أو تخطيبي الحمل، يجب عليك التحدث إلى
طبيبك قبل تناول هذا الدواء.
طبيبك قبل تناول هذا الدواء.



AMM N° 146/19 DMP/21/NRQ



Comprimés / Tablets

14x

COOPER
PHARMA

Composition :

Amlodipine 10 mg
Excipients q.s. 1 comprimé/tablet
التركيبة :
أamlodipine 10 ملг
سواءات ك.ك. لقرص واحد

Cl : 6278

Fabriqué par / Manufactured by
COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - 20110
Maroc / Morocco
Pharmacien responsable / Head Pharmacist:
Amina DAOUDI
صنع من طرف :
كوبير فارما
رقة محمد الدويري
41، الدار البيضاء - 20110
المغرب
الصيحي المسؤول :
amina DAOUDI
أمينة الداودي

MidMed
Sous licence a.

Adancor® 10 mg

Adancor® 10 mg

30 comprimés sécables



Nicorandil
Voie orale

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®

Dichlorhydrate de trimétazidine

Comprimés pelliculés à Libération M modifiée



8

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.

35 mg

التركيب: قابس كلوبيدراز تريجلايدين 35 مل.

المران: الكبة الكافية لملائكة ذات نور معدل

دواء في الاستعمال، مصادرات الاستعمال، اعراضه و كلية الاستعمال

الآثار الجانبية، احتجاجات الاستعمال، التفاعلات الدوائية

الاقراظ في المطرفة، إزالة بذلة الشارة الداخلية

وأخذ عن طريق الفم

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.

6 11180001100218

VASTAREL® 35 mg
Dichlorhydrate de trimétazidine
Comprimés pelliculés à Libération M modifiée



les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
mm, ZE(AZO), Ln FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca



احفظها في الماء
نائماً لا يصرف إلا بوصيحة طبية
Liste I: UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine
Comprimés pelliculés à Libération M modifiée

10/17
MIPMEL

09 09

٣٥ ملجم

24500060-07