

## 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0929 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HOUHOU KHADISIA

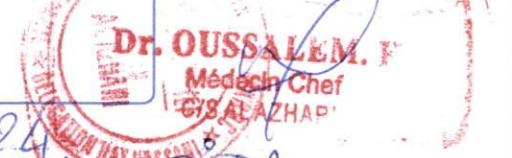
Date de naissance : 1950

Adresse :

Tél. : 0662984942 Total des frais engagés : 0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/01/2024

Nom et prénom du malade : HOUHOU KHADISIA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA + dysthyroïdo

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
25/01/24	C.	INP: 071055315 Dr. OUSSALEM. K Médecin Chef C/SALAZHARI		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES STADES 2010 50, Rue Alphonse Daudet Tél: 03 88 587361 RC: 2010 11 00 0042 IF: 40450042	25/01/24	769,40
INPE: 092054865		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

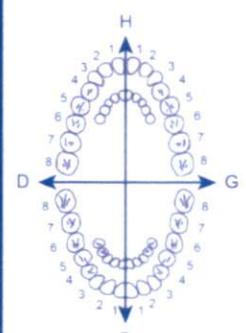
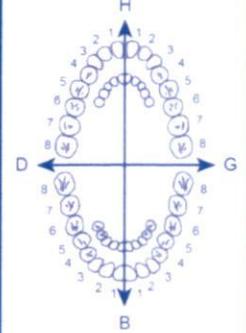
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> </td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p> 	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <b>FIN D'EXECUTION</b>  <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
G														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>													



Dr. OUSSALEM. K  
Médecin Chef  
CIS ALAZHARI



Casablanca, 25/01/2024

224,00 x 3



1) Exforge Sng / 160 mg (N°3)



13,14 mg x 14 / 14 Pd 3 mois

2) le vothypex 50 µg



6,80 x 314 / 14 V

3) le vothypex 25 µg



49,60 14/14

PHARMACIE DES STADES 2010  
50, Rue Al Foutat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pt3 : 35873067  
IF : 40436642

4) D-ure-fosf

~ p / mois

5) Relaxin 300

14,90 1 set

6) Doliprane 1000

769,40 147 x 2



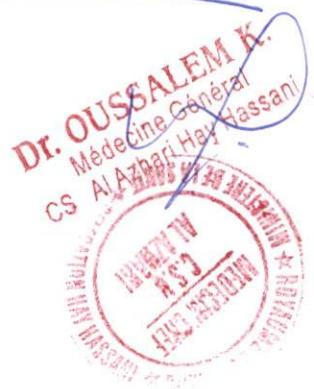
Dr. OUSSALEM. K  
Médecin Chef  
CIS ALAZHARI

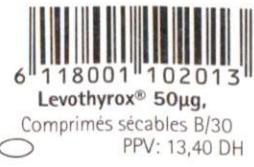
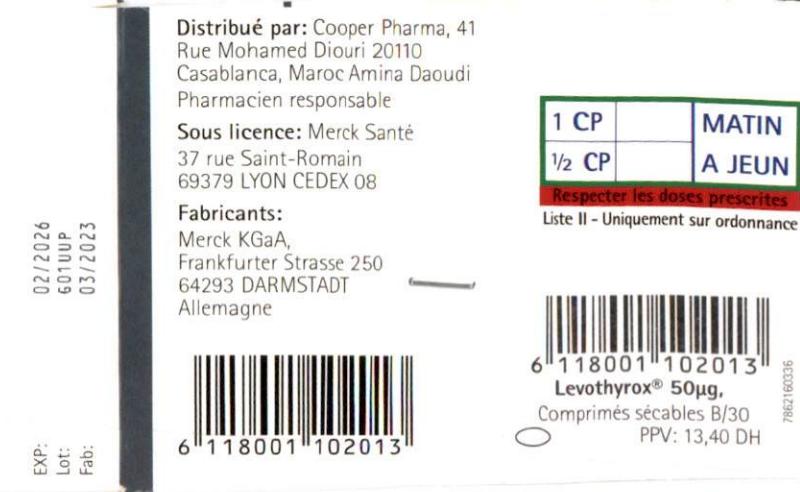
7) veca Sns

149/j

8) vitac 1000

149/j





Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25°C) درجة متropia

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص ملتف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



Exforge® 5 mg/160 mg  
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لانحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



06/2025  
601M4E  
07/2022  
EXP: Lot: Fab:



6 118001 102006

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



7862160335

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25°C) درجة متropia

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء



Exforge® 5 mg/160 mg  
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لانحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



02/2025  
601K3A  
03/2022  
EXP: Lot: Fab:



6 118001 102006

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



7862160335

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25°C) درجة متropia

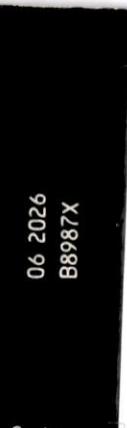
بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة الشريحة قبل استعمال الدواء



Exforge® 5 mg/160 mg  
28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES  
Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
احترم الجرعات الموصوفة  
لانحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



10/2025  
601RJE  
11/2022  
EXP: Lot: Fab:



6 118001 102006

1 CP	MATIN
1/2 CP	A JEUN

Respecter les doses prescrites  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



7862160335