

# 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Reclamation	: contact@mupras.com
Prise en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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.

Siège social : 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

N° P19- 053491

Maladie

Dentaire

Optique

5491

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04111

Société : royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AGOUMI-ABDELHADI

Date de naissance :

1970

Adresse :

70 Avenue Nidia Faoule A Agadir N° 18

Tél. : 0622751415

Total des frais engagés : 2946.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AGOUMI LAHLOU Meryem  
CHIRURGIEN  
N°12 Rue 41 Hay Taïd Sidi Bernoudi - Casablanca  
Tél: 0522 73 43 43 - 0661 19 41 04  
E-mail: agoumi@orange.fr

2 JAN. 2021

Cachet du médecin :

Date de consultation :

24/12/2020

Nom et prénom du malade :

AGOUMI-ABDELHADID

Lien de parenté :

Lui-même       Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIA essentiel

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le 24/12/2020

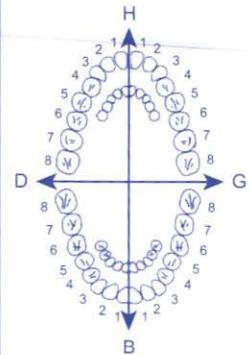
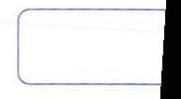
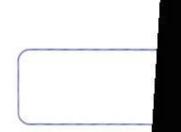
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24-12-2020	C2	1	600	<p><b>DR AGOUMI LAHLOU Meryem</b>  <b>CHIRURGIEN</b>  <b>5712 Rue 41, Ley Tahk Sidi Benouali - Qasa</b>  <b>Tel: 0322-33 40 43 - 0661 19 41 04</b>  <b>Email: agoumi03@hotmail.fr</b></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24-12-20	2746.60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	

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.											
<b>SOINS DENTAIRES</b>    <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table>				H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553
H	25533412 21433552										
D	00000000 00000000										
B	00000000 00000000										
G	35533411 11433553										
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'</b>											
<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> 											

**Dr Meryem AGOUMI LAHLOU**

Spécialiste

**CHIRURGIE GENERALE**

CHIRURGIE DIGESTIVE - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE ENDOCRINIERE

ECHOGRAPHIE GENERALE

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

**COELIO CHIRURGIE**

Diplômée de la faculté de Médecine de Bordeaux

Dr. AGOUMI LAHLOU Meryem

6<sup>e</sup> Rue 41 Hay Taïk Sidi Bennouzi Casablanca

Tél: 0522 73 48 43 - 0661 19 41 04

Email: agoumics@hotmail.fr

Casablanca, le 24-12-2020

الدكتورة مريم أخومي لحلو

اختصاصية

الجراحة العامة

جراحة الجهاز الهضمي - جراحة النساء

جراحة الغدد

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بمونبولي

الجراحة بالمنظار

خريجة كلية الطب ببوردو

M. Agoumi Abdellahoui

2746.60

~~✓ COUEZ AM 5~~ 1cp J

~~✓ LUNOR 40~~ 1cp J

~~✓ Tardiance 10~~ 1cp J

~~✓ Doliprane 500~~ 1cp J

~~✓ D-CURE late 500~~ 1cp J

~~✓ Agripin 100~~ 1cp J

رقم ٤٣، شقة ٤٠، برج البرقوق، الدار البيضاء - الهاتف: ٠٥٢٢ ٧٣ ٤٨ ٤٣ - ٠٦٦١ ١٩ ٤١ ٠٤

٠٥٦١ ١٩ ٤١ ٠٤ - مستقبلات الدار البيضاء - العنوان: ٦<sup>e</sup> Rue 41 Hay Taïk - Sidi Bennouzi - Casablanca - Tel: 0522 73 48 43 - Urgence GSM: 06 61 19 41 04

N° ١٠ Rue 41 Hay Taïk - Sidi Bennouzi - Casablanca - Tel: 0522 73 48 43 - Urgence GSM: 06 61 19 41 04

56.35

269,00

269,00

269,00

PPV:10DH30  
PER:02/23  
LOT:J531



**SB**



# D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20J19D  
EXP: 10/2022

Vitamine D3  
Cholecalciferol 25 000 UI

Importé par : Ergo Maroc

108, Rue Périre Parent, Casablanca Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP/21/NNP.

3 . . /

4 . . /



**SB**



# D-CURE<sup>®</sup> AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20J19D  
EXP: 10/2022

Vitamine D3  
Cholecalciferol 25 000 UI

Importé par : Ergo Maroc

108, Rue Périre Parent, Casablanca Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP/21/NNP.

3 . . /

4 . . /



LOT : 201335

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

10 مللي  
عن طريق الفم

نور - نور ®  
أنتروفالساناتين

قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة صلاحية زوال ماء

COOPER  
PHARMA



LOT : 201335

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

10 مللي  
عن طريق الفم

10 مللي  
عن طريق الفم

نور - نور ®  
انتورفاسناتين

قرصا ملبيسا

30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



**COOPER**  
PHARMA



LOT : 201335

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

UT AV :

LOT N° :

PPV (DH) :

10 مللي  
عن طريق الفم

نور - نور ®  
أنتروفالساناتين

قرصا ملبيسا

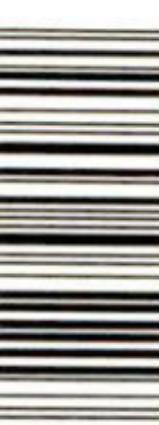
30 x

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة صلاح زوال ماء

COOPER  
PHARMA



904814

Digitized by srujanika@gmail.com

dx

101

Jardiance® 10 mg

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp ....1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

**Lire la notice avant utilisation**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.  
Liste I – Médicament soumis à prescription médicale

تحت كل قرص على 10 ملغم من الأمباجليفلورزين

أبو غة · كمة لفاص واحد

رسالة إغاثة تأثير معلوم: مونو هيدرات اللاكتوز

مَوَاعِدُ الْوَسِيلَاتِ

احفظ بعدها عن مد اي و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شرب طا خاصة لحفظ

يُمْكِنُ كُلُّ مُتَّوِّجٍ غَيْرَ مُتَّهِمٍ

فقة القوانين المعمول بها محلياً



6 118001 04107

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

**BOTTU S.A** 30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00

313839-02

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعات الموصوفة

904814

Digitized by srujanika@gmail.com

dx-

101

Jardiance® 10 mg

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine  
Excipients : qsp ....1 comprimé

Excipient à effet notable : Lactose

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté  
Lire la notice avant utilisation

Lire la Notice avant utilisation.

l'enfant hors de la vue et de la portée des enfants.  
Ce médicament ne doit pas être donné à un enfant.

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation.

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.

تحته، كل قر ص على 10 ملغ من الأمباجلوفلوزين

أبو غة · كمية كافية لفترص واحد

ماغنیوم : مونو هیدرات ال لاكتوز

لـ**النـشـةـ قـيـاـ الاستـعـمال**

حفظه الله من مطلع الأطفال

**لتحفظ بعده عن مراجعي و بحثي و طباعي خاصية للحفظ**

و يقصى هنا التواء سرور أو نفالية ناجمة عنه

يتم التخلص من ملء مسحوق غير  
فقة القوانين المعقول بها محلياً

القائمة، فـ [١] — نوع خاص من ملائكة طيبة



6 118001 04107

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00

313839-02

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعات الموصوفة

904814

Digitized by srujanika@gmail.com

dx

101

Jardiance® 10 mg

Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp ....1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

**Lire la notice avant utilisation**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.  
Liste I – Médicament soumis à prescription médicale

تحت كل قرص على 10 ملغم من الأمباجليفلورزين

أبو غة · كمة لفاص واحد

اللactose : مونو هيدرات اللاكتوز

مَوَاعِدُ الْوَسِيلَاتِ

احفظ بعدها عن مد اي و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شرب طا خاصة لحفظ

يُمْكِنُ كُلُّ مُتَّوِّجٍ غَيْرَ مُتَّهِمٍ

فقة القوانين المعمول بها محلياً



6 118001 041077

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
PPV: 550 DH 00

313839-02

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعات الموصوفة