

## 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

- Réclamation : 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.

|   |  |                                      |                                 |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique     | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                |  |                                      |                                 |
| Matricule : 1161                              | Société : RAM                                    |                                      |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :     |                                 |
| Nom & Prénom : ESSAM PAJ - MOHAMMED           |  |                                      |                                 |
| Date de naissance : 30 Juin 1950              |  |                                      |                                 |
| Adresse : Résid. Yasmina 1182 W.FAQ - TETJARA |  |                                      |                                 |
| Tél. : 0661 134122                            |  | Total des frais engagés : 792,00 Dhs |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :    |  |  |  |
| Date de consultation : 17/06/2020   |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : M. MUPRAS   |  |  |  |
| Age: 65   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : Maladie Chronique  |  |  |  |
| 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 : Rabat  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 17/06/2020  
All.

## 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 : <input type="text"/>                                     |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <b>PARMACHIE SEMI ALLI</b><br>37, Imind HALIMA I<br>109 - SIDI MOUSSA - SALE<br>Tél : 05 37 88 45 60 | 18/11/20 | 792,00 DHS            |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Clinique cardiovasculaire

Amal Rajae



مصحة القلب والقرايين

أمال رجاء

Rabat, le ٢٤/١١/٢٠٠٣ في الرباط

PHARMACIE SEMLALI  
37, Rue Sidi MOUSSA - SALE  
Tél : 05 37 88 45 60

1) Exfoge 5/160

792, Exfoge 1) - Halima  
PHARMACIE SEMLALI  
37, Rue Sidi MOUSSA - SALE  
Tél : 05 37 88 45 60

3 Envoi

PHARMACIE SEMLALI  
37, Rue Sidi MOUSSA - SALE  
Tél : 05 37 88 45 60

Joint en votre possession

AM

Professeur Samir ZTOT  
Clinique Amal Rajae  
INP : 10000386  
Tél : 05 37 76 04 06

**EXFORGE® 5 mg/160 mg**

Amlodipine/Valsartan

28 comprimés pelliculés



إكسفورج 160/5 مع  
أملوديبين / فالسارتان

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 بعيداً عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة المضرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملجم من أملوديبين و 160 ملجم من فالسارتان



**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

04 2023  
BTK51

2405

EXP  
LOT



**EXFORGE® 5 mg/160 mg**

Amlodipine/Valsartan

28 comprimés pelliculés



إكسفورج 160/5 مع  
أملوديبين / فالسارتان

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 بعيداً عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة المضرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملجم من أملوديبين و 160 ملجم من فالسارتان



**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لائحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

04 2023  
BTK51

2405

EXP  
LOT



Amlodipine/Valsartan

~~EXFORGE~~® Amlodipine/Valsartan

EXFORGE® 5 mg/160 mg

3960

28 comprimés pelliculés

28 comprimés pelliculés

Voie orale

264,00

~~EXFORGE~~®

Amlodipine/Valsartan

160/5 مع

إكسفورج

أملوديبين/فالسارتان

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

5 mg/160 mg

NOVARTIS

PPV : 264,00 DH



NOVARTIS