

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

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° W21-628432

*MF = 91 938*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>19654</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MOUHYEDDINE MOHAMMED TAHAA</b>			
Date de naissance : <b>28/11/1988</b>			
Adresse : <b>BD HACHMI FILALI, RES BALI IMM2 App5</b>			
AIAV CHOCK CASA			
Tél. : <b>06 78 340 345</b>	Total des frais engagés : <b>794,80 Dhs</b>		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2013

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<b>13/10/2011</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Mouhyeddine Mohammed Tahaa</b>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Affection respiratoire</b>		
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 : *0001* Le : *01/10/2011*

Signature de l'adhérent(e) : *JY*

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
2019 13/08/2019	Cx		350,0000	INP : 11111111111111111111111111111111 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	93/08/21	244,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. B. Abdellatif - Casablanca Radiologie - Casablanca 02. B.P. 1000 Casablanca Téléphone : 02 22 36 / 02 22 55 20 Fax : 02 22 36 15 55 PE : 02 22 100 15 55</i>	13/01/96	ZAR	200,00 Dhs

# Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة آمنة المركي الغياتي

Dr. WAFA BENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

Casablanca, le : 13/08/2021

MOUHYEDDINE MOHAMED TAH

$$79,70 \times 2 = 159,40$$



1 - Azix 500 mg

1 comprimé par jour pdt 3 j à prendre loin du repas puis 1/2 cp / j pdt 6 j

2 - VITAMINE C 1000

1 comprimé x 2 / j pdt 10 j

3 - Zinaskin

1 comprimé X 2 par jour pdt 10 j

49,60  
4 - D cure forte

1 ampoule à boire



5 - Ultralevure sachets 250 mg

14,10  
1 - sachet / j pdt 8 j

6 - Doliprane Cps séc. 1g

21,18  
1 cp en cas de besoin

7 - Aspegic 100

1 sachet / j pdt 1 mois



$$= 244,80$$

Dr. Amina LAMRIKI  
Pneumophtisiologue  
202 Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522 99 40 36 / 99 20 24  
INPE : 091091355

# AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Adulte : lire attentivement la notice.  
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

RESTER LES DOSES PRÉCORTÉES

# AZIX®

Azithromycine

500 mg



bottu s.a.

82, Allée des Cavaillères - Alès - Gard - Cassablanca

S. Buchbuchi - Pharmacien Responsable

## COMPOSITION :

Azithromycine ..... 500 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

PPV: 79DH70

PER: 07/24

LOT: K2111

مكمل  
عن طبع  
الاسم

بولي كلوريد  
الستيرويل - الماء  
مع الأيزوتاسيون - يوني



جاف

بر

6 118000 040941

AZIX 500 mg  
3 Comprimés sécables

# AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

## POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

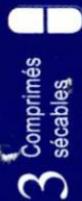
Adulte : lire attentivement la notice.  
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

PPV: 79DH70  
PER: 07/24  
LOT: K2111

RESTER LES DOSES PRÉCORTES

# AZIX®

Azithromycine 500 mg



bottu s.a.

82, Allée des Cavaillons - Alh. Schla - Casablanca  
S. Buchachchi - Pharmacien Responsable

## COMPOSITION :

Azithromycine ..... 500 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

مكمل 500  
عن طبع  
الطب

بولي يوريثيلين - البلاستيك  
معاليات الماكروبيوتين - صوديوم سولفات

اقراص للاكلسر  
3

جيزيل محبين  
12

6 118000 040941



AZIX 500 mg  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables

١٠٠٠ دلار اصلی مال

1

四  
三

٤٢ - مدور الكازار بيلدين - ثمين المطبع - المدار الميدان  
عن البشري - محدث من محدث

Doliprane®<sub>1000 mg</sub>  
PARACÉTAMOL

10 comprimés

卷之三



卷之三

COMMISSION

Paracetamol 1000 mg; sous forme de paracétamol EC30 (1000 mg) pour un comprimé.

## INDICATIONS

Grâce à l'application de la physiothérapie et aux exercices d'entraînement, vous retrouverez rapidement une vie normale. Cependant, il est important de faire attention à certains symptômes qui peuvent indiquer une maladie plus grave. Si vous avez des douleurs dans les jambes ou dans le bas du dos, ou si vos jambes sont fatiguées ou endolories, il est recommandé de consulter un professionnel de la santé. Ces symptômes peuvent être associés à une maladie de la moelle épinière ou à une autre condition médicale.

# Doliprane® 1000 mg

## PARACETAMOL



**b** b OT Allee des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsable

**ADULTE**  
10 Comprimés

NATIONAL

4. lait, jus de fruits)

**VIE ORALE.** Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau). **POSOLOGIE** 1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. **CONSEILS** Les comprimés doivent être laissés jusqu'à 4 comprimés par jour.

Prendre 4 comprimés par jour.

DRAFT DMR31/NBO

AMM N° 834 / 16 UMV/zl/1988

卷之三

三

PPV: 14DH00

PER: 07/24

LOT: K2117



SMB

Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Piere Parent, Casablanca, Maroc.  
AMM N° : 24/16DM/P/21/NNP



Ergo Maroc

Importé par :

Vitamine D3  
Cholecalciférol

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49, 60 DH

LOT: 21D27

EXP: 04/2024

의

Fabriqué par : 

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE - Belgique

6  
118001320103

Rembourrage

D3

Digitized by srujanika@gmail.com

၃-၂၁၇

፩ | በጀት ስምም

**A CONSEILLER :**  
- D'abord son emballage d'origine à l'air de la chambre et à une température ne dépassant pas 30°C.  
- Horloge des entraînements.  
- L'ensemble est à l'air libre dans un endroit sec et à température ambiante.

Excipients - ssp. - tml

Printed page accnt: Cholecalciferol 100 000 UI