

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-628432

11° = 91 938

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **22654** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **MOUHYEDDINE MOHAMMED Taha**

Date de naissance : **28/11/1988**

Adresse : **20 HACHMI FILALI, RD BALE IMM2 APP15**  
**AIN CHOCK CASA**

Tél. : **06 78 34 03 45** Total des frais engagés : **734,80** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/08/2021**

Nom et prénom du malade : **Mouhyeddine Mohammed Taha** Age : **32 ans**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection Respiratoire**

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 : **Casa**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **01/09/2021**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2013







# Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المريكي الغياتي

Dr. WAFABENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جنون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phthisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي  
كبار وأطفال

Casablanca, le : 13/08/2021

MOUHYEDDINE MOHAMED TAHA

79,70 x 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

4 - D cure forte

1 ampoule à boire

5 - Ultralevure sachets 250 mg

1 sachet / j pdt 8 j

6 - Doliprane Cps séc. 1g

1 cp en cas de besoin

7 - Aspegic 100

1 sachet / j pdt 1 mois

= 244,80



Dr. Amina LAMRIKI  
Pneumophthisiologue  
202, Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 99 40 36 / 99 20 24  
INPE: 091091535



**POSOLOGIE ET MODE  
D'ADMINISTRATION :**

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

**AZIX®**  
Azithromycine

**500 mg**  
Voie orale

**COMPOSITION :**  
Azithromycine ..... 500 mg  
Excipients ..... 1 comprimé

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

**AZIX®**  
Azithromycine **500 mg**

**3** Comprimés  
sécalés

**bottu** S.A.  
82, Allée des Comarins - Ain Seïda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

REMETTER LES DOSES PRESCRITES

عن طريق الفم  
**500 ملغ**

**أزيكس®**  
أزيتروميسين

بوتشي ديم  
مركز الكاينارياتس - عين السبع - الدار البيضاء  
س. البشوشي - صيدلي مسؤول

أقر صند  
فايدة الكسور

**AZIX®**  
Azithromycine  
**3** Comprimés sécalés  
6 118000 040941



**POSOLOGIE ET MODE  
D'ADMINISTRATION :**

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

**AZIX®**  
Azithromycine

**500 mg**  
Voie orale

**COMPOSITION :**  
Azithromycine ..... 500 mg  
Excipients ..... 1 comprimé

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

**AZIX®**  
Azithromycine **500 mg**

**3** Comprimés  
sécalés

**bottu** S.A.  
82, Allée des Comarins - Ain Seïda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

**500 ملغ**  
عن طريق الفم

**أزيكس®**  
أزيتروميسين

بوتشي ديم  
مركز الكايناريانيس - عين السبع - الدار البيضاء  
س. البشوشي - صيدلي مسؤول

أقراسين  
فايدة الكسور

**AZIX®**  
Azithromycine  
**3** Comprimés sécalés  
6 118000 040941







# Composition :

Principe actif :

Cholécalciférol 100 000 UI

Excipients :.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نوع استعمال، الجرعات وتحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

## 3 أمبولات للشرب

ك-تي قوي

كل أمبولة تحتوي على 100 000 وحدة دولية  
D3 فيتامين



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI  
Vitamine D3

Importé par :

Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

SMB



PPV: 49,60 DH  
LOT: 21D27  
EXP: 04/2024

19

Fabriqué par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique. 6 11 8001 320103



0

A conserver :  
- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.  
- Hors de la portée des enfants.  
- Garder à l'écart des enfants.  
- Ne pas laisser à portée des enfants.  
- Ne pas laisser à portée des enfants.

احتفظ بعينها عن متناول الأطفال.  
- يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
- لا تتركها في متناول الأطفال.  
- لا تتركها في متناول الأطفال.

احتفظ بعينها عن متناول الأطفال.  
- يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
- لا تتركها في متناول الأطفال.  
- لا تتركها في متناول الأطفال.