

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 04 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-676907

NO1259

Maladie

Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 4204 Société : R.A.M

Matricule : 4204 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : JENNAN ABDALLAH

Nom & Prénom : JENNAN ABDALLAH

Date de naissance : Bloc 'J' N° 28 Pépinière

Adresse : Salé

Tél. : 0662 450 560 Total des frais engagés : 438,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236297
11 Avenue Prince Bettana - Salé
Tél : 0527 03 03 03 - Fax : 0537 88 06 06

Date de consultation : 04/01/2022

Nom et prénom du malade : JENNAR BEN ABDALLAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hémochlyse 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 : SALÉ 04/01/2022 Le : 04/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-676907

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

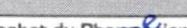
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 04/10/2022 | S | | | INP : <u>101236297</u> <u>Dr. Mohammed Anass AIT</u> <u>Spécialiste des Maladies des Reins</u> <u>et Hépatologe - NIRE : 101236297</u> <u>Palestine Bellana - Salé</u> <u>0537 88.06.05</u> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  Dr. SAHETABIA Torres Tabernas 105 37 82 86 80 162247366 | 4/11/2022 | 438,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

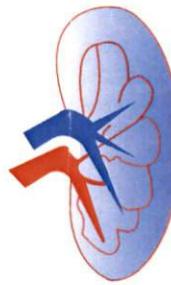
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------|-------------|-------------------------|---|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|-----|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | | H | G | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | B | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | [] |
| H | G | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | B | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | |
| | | | | [] | | | | | | | | | | |

Dr Mohammed Anass AMAR

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

CENTRE D'HEMODIALYSE DIYAR SARL - SALE



الدكتور محمد أناس اumar

- إختصاصي في أمراض الكلى وتصفية الدم

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

مركز أمراض الكلى وتصفية الدم ديار - سلا



Salé, le 04/01/2022

mf.

Abdellatt

Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE : 101236297
Tél: 0537.88.53.55. Fax: 0537.88.06.05

Pharmacie de l'aube
Dr. SAHEL Lalla
47, Bd Torres Tabriket - Salé
Tél: 05.37.85.56.00
INPE : 102012366

96.0° 1. RELMATOL 20

1-0-0

2. LAFIUX 50

1-0-0

(Jours sans dialyse)

27.70 3. CARDIO ASPIRINE 100

0-1-0

44.0° 4. CARDIX 6,25

1/2-0-1/2

1/2
0-1-0

46.70 5. CORVASAL 2

1-0-1

68.5° 6. NITRODEROL patch 3mg

1-0-0 = garder pendant 12 heures/jour

Sanofi-aventis Maroc
Route de Tabab-R.P.1.
Ain seba Casablanca
P.P.V.: 46,70 DH
E.116001 G80335

97.70 7. TRIATEC 2.5

1/2-0-0

B.I.D

18، شارع فلسطين بطانة - سلا الهاتف : 05 37 88 00 88 - المحمول : 07 67 61 26 82

18, Avenue de Palestine, Bettana - Salé, Tél. : 05 37 88 00 88 / 05 37 88 53 55 - GSM : 07 67 61 26 82

ICE : 00221622300018 - medanassamar@gmail.com / dialysediyar@gmail.com

57.80 8- UANOR NO

0 - 0 - 1

438.40

Pharmacie de l'aube
47, Bd Dr. SAHEL Lalla
Tel: 05.37.85.56.00
INPE : 102012366

Dr. Mohammed Anass AMAR
Spécialiste des Maladies des Reins
et Hémodialyse - INPE - 10120 Casablanca
Tél: 0522.93.33.55 - Fax: 0522.93.08.06

TRIATEC® 2,5mg

Ramipril

Voie orale

30 Comprimés

TRIATEC® 2,5mg

sanofi aventis



Composition :

Ramipril 2,5 mg pour un comprimé.

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

Ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P 1 Ain Sebaâ
20250 Casablanca



30 Comprimés
TRIATEC® 2,5mg



infrérieure à 25°C.

A conserver à une température

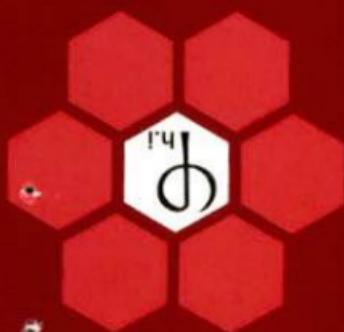
uniquement sur ordonnance / Tableau A
/ جزء من الجدول الطبي
/ جزء من الجدول الطبي
/ جزء من الجدول الطبي

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
اجتنب اخذ ازيد من الجرعة الموصى بها

TRIATEC® 2,5mg
Ramipril

07/06

יִשְׂרָאֵל בֶּן־בָּנָם



28

6 118000 050568



28 Comprimés ◉

માનુષનાની

Digitized by srujanika@gmail.com

Fabriqué et distribué par:

Fabriqué et distribué par
Pharmaceutical Institute

BP 4491 - 12100, Ain El Aouda - Maroc

Pharmacien Responsable : Maria SEDRATI

بعضی و نوزع من طرف

يُنْجَى وَيُهَرَّبُ مِنْ مَرْتٍ
مَعَ الصَّدَلَةِ

4491 - 12100

جريدة مصر

AMM N°: 362/16DMP/21/NRO

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste 1

133

CARDIX® 6,25mg

Carvédilol

28 Comprimés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

LOT : 210736

EXP : 05/2024

PPV : 57,80DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

10 ملخ
عن طريق الفم

لور-نور ®
أنتوفاستاتين

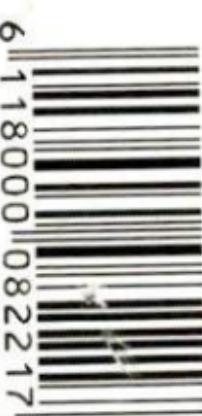
فرصا ملبيسا

30 x 0

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

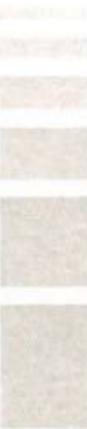

COOPER
PHARMA



بلهزول®

أوميبرازول

20 ملخ



BELMAZOL® 20 mg

28 gélules



6 118000 070139

96,00

28 برشامة
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :



کار دیو اسپرین 100 مع

حُمْضٌ أَسْتَقْلَلْ سَالْسِيلِيك

Cardioaspirine 100 mg/30cps

P.P.V. : 27.70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



جیسا کوئی نہیں
کوئی نہیں جانتا
کہ اس کی وجہ سے
کوئی نہیں جانتا

Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

d'acide acétysalicylique
exciipients osp un comprimé

Composition:

30 comprimés gastro-résistants



Acide acetyl salicylique

CARDIOASPIRINE 100 mg

100 mg

CARDIOASPIRINE

Respecter les doses prescrites

MFD

14

BT112SB2 10 2019

10 2024

جهاز طبي رقم 10
transdermiques
10 systèmes thérapeutiques

انجینه ده پولتینه Insuffisance cardiaque
جهاز طبي رقم 10

جهاز طبي رقم 5: جهاز
actif dans la peau: 5 mg/24 heures
Libération moyenne du principe

Nitroderm TTS® NOVARTIS

Nitroglycérine
Nitroderm TTS® 5
Nitroglycérine
Nitroderm TTS® 5

كل صباح
لر 12 ساعه

Conserver le
médicament à une
température ne
dépassant pas 25°C.
Ne pas congeler.
Ce médicament doit
être tenu et éliminé hors
de portée des enfants
Mode d'emploi : voir la
notice pour plus
d'informations

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز
25 درجة مئوية
لا يحمد.

هذا دواء يجب أن يحفظ أو
يرمى بعيداً عن متناول الأطفال
تعليمات الاستخدام: انظر إلى النشرة
لمزيد من المعلومات

6 118001 030279

Nitroderm TTS 5

10 Systèmes transdermiques

PPV : 68,50 DH

651569 MA

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترموا المقاييس الموصوفة

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
لائحة II - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Composition en Substance Active :
Nitroglycérine 25 mg/10cm²
par système transdermique.
Excipient à effet notoire : Lactose

التراكيبة :
نيتروجليسيرين 25 ملغم / 10 سم² لكل لصقة جلدية
ساق ذو مفعول معروف: لاكتوز

Corvasal® 2 mg

30 comprimés sécables / scored tablets



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بالجرعات الوصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Prescription only medicine - List I

دواء يصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

Médicament autorisé / Authorized medicine

n°: 34009 3241081 1



3400932410811

Titulaire de l'Autorisation de mise sur le marché

Marketing Autorisation Holder / حامل رخصة التسويق :

sanofi-aventis France

82, avenue Raspail

94250 Gentilly - France

Fabricant/Manufacturer / بنسن : sanofi-aventis, S.A.

Ctra. C-35 (La Balloria a Hostalric), Km 63.09.

17404 Riells i Viabrea (Girona)

Espagne/Spain

الرجاء قراءة الشارة الدوائية بعناية قبل الاستعمال.

يُنصح بعيداً عن نظر ومتناول الأطفال.

شروط خاصة للحفظ:

يُنصح في درجة حرارة ما دون 25 درجة مئوية بعيداً عن الضوء.

التركيب:

مolsidomine.....

2 ملخ

لقرص السائل للتجزئة الواحد.

الدواجن ذو التأثير المعلوم،

لاكتوز وحميد التبيه

كورفازال® 2 ملخ

مolsidomine

عن طريق الفم

30 قرصاً قابلاً للتجزئة

Corvasal® 2 mg

molsidomine

Voie orale / Oral use



30 comprimés sécables / scored tablets

SANOFI

Corvasal® 2 mg

30 comprimés sécables / scored tablets