

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-730639

129748

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0989		Société : RAP	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUAMOU KHADIJA			
Date de naissance : 01-01-1950			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin	DR. OUSSALEM. Médecin Chef CIS AL AZHARI
Date de consultation : 08/07/2022	Nom et prénom du malade : HAYA	
Age: 1950		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
08/07/2022	C	gratuit		INP : 0705313

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANNIA Assément Assata - Imm 10, AA - Outa Casablanca - Tel: 0522 93 46	08/07/22	742.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

# ORDONNANCE

M<sup>r</sup> Moummen  
Khadija



A... le 08/07/2022

6.80 x 3

1) levotyrosine 100 mg (N°3)



224.00 x 3

PHARMACIE AN-NIA  
otissement Assafa - Imm 18, 4A - Oujda  
Casablanca - Tel: 0522 93 46 32

2) Exforge 500 mg (N°3) / j lundi à jeudi



49.60

ncp / j lundi pd 3 mes

3) D-ure forte



742.00

PHARMACIE AN-NIA  
otissement Assafa - Imm 18, 4A - Oujda  
Casablanca - Tel: 0522 93 46 32

rap hors  
jour p  
mantenu de 3 mois

Dr. OUSSALIM A.  
Médecin Chef  
CIS ALAZHARI  
DU MAROC  
ROYAUME DU  
MARRAKESH  
AL AZHARI  
DETENTION HAY HASSANI \* 08/07/2022



EXP:

Lot:

Fab:

10/2024

601AC1

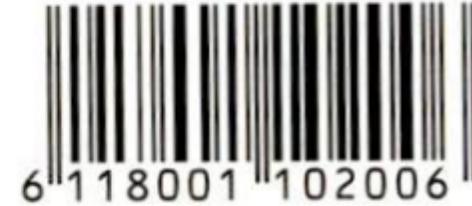
11/2021

Distribué par: Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102006

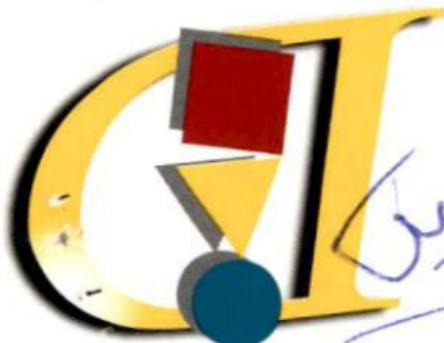
Levothyrox® 25 µg.

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

**SMB**



Les laboratoires ERGO MAROC

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

108, Rue Piletre Parent, Casablanca, Maroc.



Importé par :

*(Signature)*

3



Vitamine D3

Cholecalciferol 100 000 UI

# D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH

LOT: 22C15

EXP: 03/2025

MCP220MA03118  
09/08/2018

**EXFORGE®** 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

ملغ 160/5 إكسفورج

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



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 بعيدا عن الأطفال

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

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

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



611800103056 9

**EXFORGE**

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | يصرف فقط بموجب وصفة طبية

01 2025  
BCTR9

2931

EXP  
LOT

