

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 jointes à la feuille de soin.

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 AID et AIC

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 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 Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W21-729973

3 147962

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) _____			
Matricule : 0929		Société : RAN	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HOUHHOU KHADIJA
Nom & Prénom : HOUHHOU KHADIJA		Date de naissance : 1950	
Adresse :			
06.62.284.942		Total des frais engagés : 220	
Tél. :		Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	05/12/2002
Nom et prénom du malade :	Nouman b. Kradifi
Age :	20
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
05/12/2017	C	gratuit		INP : 0710513113 Dr. OUSSALEM. Medecin Chef SALAZHAR

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PILOU MAC 0522254325 Tél: 0522254325 IF: 245013-Pta: 35873067	05/12/2017	686,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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"/>

Cachet du Médecin

Dr. OUSSALEM
Médecin Chef
C/S AL AZHAR



Date :

05/12/2022

Moumen
Rhadja

Ordonnance

284,00 x 3

1) Exforge (N°3) **Si**

14 g/j pd 3 mois

2) Levotyrosa (N°3)

14 g/j pd 3 mois

3) D₃ B.O.N. 900000 U/ml. (N°3)

14 g/j pd 10 fois / toutes 15 jrs
Doliprane 1000 mg (N°8)

686,00



Dr. OUSSALEM.
Médecin Chef
C/S AL AZHAR

PHARMACIE DRS STADRS 2010
AL FOUAR - Casablanca
Tél: 05 22 25 49 25
F: 05 24 55 09 - P: 35873061
RC: 245509 - P: 35873061
F: 040436842

PHARMACIE
50, RUE ALI
TÉL: 05 24 55 09

RC: 245509

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملг
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 مئوية)

بعيدا عن الإل طوية

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



6118001030569

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

لائحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

06 2024
BADF4

2931

EXP
LOT



EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملг
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 مئوية)

بعيدا عن الإل طوية

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



6118001030569

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.

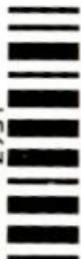
احترم الجرعات الموصوفة

لائحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

06 2024
BADF4

2931

EXP
LOT



EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملг
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 مئوية)

بعيدا عن الإل طوية

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



Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

06 2024
BADF4

2931

EXP
LOT

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE, les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSÉOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et/ou sur avis médical, la poséologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

دوال
بارا[®]صيتامول
1000
مغ



أقراص

b
بottle
موديل
من
الطباطبى
الطباطبى
الطباطبى

Doliprane 1000 mg
PARACÉTAMOL

10 Comprimés

6 118000 040972

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracetamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles dououreuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Reservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : ille attention la "posologie", pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre pharmacien ou à votre pharmacien.**

Doliprane
1000 mg
PARACÉTAMOL



ADULTE
10 Comprimés

b
bottle
M. Alaa Alzayani - Al Shabab - Cradifex
S.A.L. - Alzayani - Al Shabab - Pharmacies Responsables