

# 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 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° P19-0037346

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

121 566 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 29121 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr TMOUEN NE JAMAL ELKE

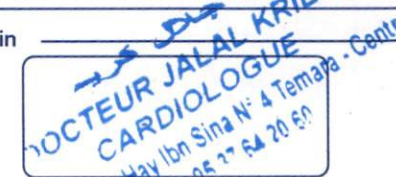
Date de naissance : 24 SEP 1955

Adresse : Hassan

Tél : 06 61 12 18 11 Total des frais engagés : 18,15, 10,7 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 / 04 / 2022

Nom et prénom du malade : Mr TMOUEN NE JAMAL ELKE Age : 68 ans

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

Nature de la maladie : HTA stade 3

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 : Casablanca Le : 05 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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                                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 08/04/22        | C                 |                       | 6                               | DOCTEUR JALAL KRIEN<br>CARDIOLOGUE<br>30 - Hay Ibn Sina - 4 Temara - Centre<br>Tél: 05 37 64 20 60 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                            | Date   | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------|
| Pharmacie Galaxy-Santé<br>Avenue Mohammed Belkassen<br>El Quazzani - RABAT<br>Tél: 0537.63.60.56<br>E-mail: galaxysante@gmail.com | 8/4/22 | 1855,10               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nature des Soins | Coefficient |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|----------------------------------------------|
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             | H                                            |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
| 25533412<br>00000000         | 21433552<br>00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
| D                            | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
| 00000000<br>35533411         | 00000000<br>11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
| B                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز أمراض القلب و الشرايين

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

الدكتور جلال كريم

Docteur Jalal KRIEM

Tél. : 05 37 64 20 60

Fax : 05 37 74 14 48

E-mail : drjkriem@gmail.com

Témara, Le 28/04/22

Pharmacie Galaxy Santé  
Avenue Mohammed Belhassan  
El Ouazzani - RABAT  
Tél : 0537.63.60.56  
E-mail : galaxy.sante@gmail.com

M. MOULIK JAMAL EDHINE

Pharmacie Galaxy Santé  
Avenue Mohammed Belhassan  
El Ouazzani - RABAT  
Tél : 0537.63.60.56  
E-mail : galaxy.sante@gmail.com

$$\frac{95 \times 3}{285}$$

Xedilol 25 mg = 1/2 cp/j le nt

$$\frac{110,80 \times 6}{664,80}$$

Aldactone 75 mg = 1 cp/j le nt

$$\frac{100,70 \times 3}{302,10}$$

Tambolor 100 = 1/2 cp x 2 j. Ls

$$\frac{150,80 \times 4}{603,20}$$

Pharmacie Galaxy Santé  
Avenue Mohammed Belhassan  
El Ouazzani - RABAT  
Tél : 0537.63.60.56  
E-mail : galaxy.sante@gmail.com

IRBESAR 300 mg = 2 cp/j le nt

$$\text{Total} = 1855,10$$

9 cp 3 mois

DOCTEUR JALAL KRIEM  
CARDIOLOGUE  
Boulevard d'Iran - Hay Ibn Sina - 4 Témara - Ce.  
Tél : 05 37 64 20 60



٥٥, ٥٥

# كزديد يلول

## كارفيد يلول



**25 ملغ**

**30** قرصا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| بعد                      | قبل                      | مساء                     | متوسط                    | صباح                     | المدة                    |                          |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |



**XEDILOL® 25 mg**  
Boîte de 30 comprimés sécables  
ANM N°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773





٥٥, ٥٥

# كزديد يلول

## كارفيد يلول



**25 ملغ**

**30** قرصا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| بعد                      | قبل                      | مساء                     | متوسط                    | صباح                     | المدة                    |                          |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |



**XEDILOL® 25 mg**  
Boite de 30 comprimés sécables  
ANM n°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773





٥٥, ٥٥

# كزديد يلول

## كارفيد يلول



**25 ملغ**

**30** قرصا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| بعد                      | قبل                      | مساء                     | متوسط                    | صباح                     | المدة                    |                          |                          |                          |                          |
|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |



**XEDILOL® 25 mg**  
Boite de 30 comprimés sécables  
ANM n°: 215/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 021773





**Irbesar<sup>®</sup>** Sun  
Irbésartan



**SUN**  
PHARMA

PPV : 150DH80

Lot n° :

EXP:

**300 mg**

**28**

Comprimés pelliculés  
Voie orale



**Irbesar<sup>®</sup>** Sun  
Irbésartan



**SUN**  
PHARMA

PPV : 150DH80

Lot n° :

EXP:

**300 mg**

**28**

Comprimés pelliculés  
Voie orale



**Irbesar<sup>®</sup>** Sun  
Irbésartan



**SUN**  
PHARMA

PPV : 150DH80

Lot n° :

EXP:

**300 mg**

**28**

Comprimés pelliculés  
Voie orale



**Irbesar<sup>®</sup>** Sun  
Irbésartan



**SUN**  
PHARMA

PPV : 150DH80

Lot n° :

EXP:

**300 mg**

**28**

Comprimés pelliculés  
Voie orale

Composition :

Acétate de flécaïnide .....100 mg

Excipient q.s.p. ....1 comprimé sécable.

Cet étui contient 30 comprimés sécables dosés  
chacun à 100 mg, soit 3000 mg d'acétate de flécaïnide.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice  
intérieure.

*Tambocor® 100 mg*

30 comprimés sécables



6 118000 280675

LOT : 21293 PER : 12/2026  
PPV : 100,70 DH

AMM N° 348 DMP / 21 / NNP

Fabriqué sous licence MEDAPHARMA  
par les laboratoires Steripharma

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

Composition :

Acétate de flécaïnide .....100 mg

Excipient q.s.p. ....1 comprimé sécable.

Cet étui contient 30 comprimés sécables dosés  
chacun à 100 mg, soit 3000 mg d'acétate de flécaïnide.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice  
intérieure.

*Tambocor® 100 mg*

30 comprimés sécables



6 118000 280675

LOT : 21293 PER : 12/2026  
PPV : 100,70 DH

AMM N° 348 DMP / 21 / NNP

Fabriqué sous licence MEDAPHARMA  
par les laboratoires Steripharma

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

Composition :

Acétate de flécaïnide .....100 mg

Excipient q.s.p. ....1 comprimé sécable.

Cet étui contient 30 comprimés sécables dosés  
chacun à 100 mg, soit 3000 mg d'acétate de flécaïnide.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice  
intérieure.

*Tambocor® 100 mg*

30 comprimés sécables



6 118000 280675

LOT : 21293 PER : 12/2026  
PPV : 100,70 DH

AMM N° 348 DMP / 21 / NNP

Fabriqué sous licence MEDAPHARMA  
par les laboratoires Steripharma

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

**ALDACTONE 75<sup>®</sup> mg**  
spironolactone

الداكتون 75 مغ

مستحضر دواء لاكتون

**20 comprimés sécables**

20 قرص يمكن تقسيمه

**Pfizer**

P.P.V: 110DH80

LOT: B25318

EXP: 09.2022



**ALDACTONE 75<sup>®</sup> mg**  
spironolactone

الداكتون 75 مغ

مستحضر دواء لاكتون

**20 comprimés sécables**

20 قرص يمكن تقسيمه

**Pfizer**

P.P.V: 110DH80

LOT: B25318

EXP: 09.2022



**ALDACTONE 75<sup>®</sup> mg**  
spironolactone

الداكتون 75 مغ

مستحضر دواء لاكتون

20 comprimés sécables

20 قرص يمكن تقسيمه

**Pfizer**

P.P.V: 110DH80

LOT: B25318

EXP: 09.2022



**ALDACTONE 75<sup>®</sup> mg**  
spironolactone

الداكتون 75 مغ

مستحضر دواء لاكتون

20 comprimés sécables

20 قرص يمكن تقسيمه

**Pfizer**

P.P.V: 110DH80

LOT: B25318

EXP: 09.2022



**ALDACTONE 75<sup>®</sup> mg**  
spironolactone

الداكتون 75 مغ

مستحضر دواء لاكتون

20 comprimés sécables

20 قرص يمكن تقسيمه

**Pfizer**

P.P.V: 110DH80

LOT: B25318

EXP: 09.2022



**ALDACTONE 75<sup>®</sup> mg**  
spironolactone

الداكتون 75 مغ

مستحضر دواء لاكتون

20 comprimés sécables

20 قرص يمكن تقسيمه

**Pfizer**

P.P.V: 110DH80

LOT: B25318

EXP: 09.2022

