

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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W19-418506

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____

Matricule : 1479 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAOUKI OMAN

Date de naissance : 1950

Adresse : BP 5558 P. I AGADIR 80013

Tél. : 0666 92 0362 Total des frais engagés : 1393,70 DH

Cadre réservé au Médecin _____

Cachet du médecin : **Dr. ZITOUNI Zakiya**
Néphrologue
Centre Hémodialyse Anour
Tél: 0528 230 746 Fax: 0528 213 389
INP: 041002593

Date de consultation : 17/11/2022

Nom et prénom du malade : M'SAHLI RABIA Age: 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : diabète T1

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: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agadir Le : 17/11/22

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-418506

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule CHAOUKI OMAN
Nom de l'adhérent(e) : 1479
Total des frais engagés : 1393,70

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
27/12/22	G	G	G.T.	INP : 046002593

Dr. ZITOUNI Zakiya
Néphrologue
Centre Hémodialyse Ag.
N° 230744 Fax 0528
NP 04100259

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SARA N° 299 Blouh-Elk6 Al Houada AGADIR Tel: 0528320873 / 0762555554	12/11/2022	1393,70



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25523412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25523411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		25523412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	25523411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H															
	25523412	21433552														
	00000000	00000000														
	G															
	00000000	00000000														
	25523411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse	MONTANTS DES SOINS []													
			DATE DU DEVIS []													
		DATE DE L'EXECUTION []														

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز تصفية الدم - النور

CENTRE HÉMODIALYSE ANOUR

Dr. Zakiya ZITOUNI

Spécialiste des maladies des reins & hémodialyse

- Diplômée de la Faculté de Médecine René Descart - Paris
- Ex. Médecin Chef du service de dialyse à l'hôpital Hassan II - Agadir

الدكتورة زكية الزيتوني

إختصاصية في أمراض الكلى والكلية الإصطناعية

- خريجة كلية الطب رينيه ديكارت - باريس
- رئيسة سابقا بمركز تصفية الدم بمستشفى الحسن الثاني أكادير

Agadir, le 17/11/2022 في أكادير

78,70 x 2 N^{me} NSHAKI Raha

1) Diamidien 60mg SV

21,00 x 6 2) Drotfermin 100mg SV

744,00 x 1 3) Alendronate 100mg SV

129,10 x 3 4) Tmace 5mg SV

Remplacement de bis(05)ms

CF 6661

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b6*sty
P.P.V : 744,00 DH



6 118001 081615

Pharmacie SARA
N° 298 - Bloc H Cité Al Houda
AGADIR
Tél.: 05 28 32 08 73 / 07 62 55 55 54

Lot D/E N°354, Cité Dakhla, Agadir - Maroc

+212 528 23 07 46 / 68 | +212 528 21 33 89 | www.dialysenour.com



041002593



○ **TRIATEC® 5mg** 30 Comprimés



A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
بصرفه فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المأثورة

Ramipril

TRIATEC® 5mg

01, 22, 10

200305





○ **TRIA TEC® 5mg** 30 Comprimés

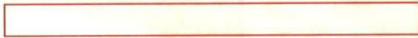


A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
يصرف فقط بقاى بوصفة طبية / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم اللآمى اللى لك



Ramipril

TRIA TEC® 5mg

01, 22, 10

200305





○ **TRIATEC® 5mg** 30 Comprimés



A conserver à une température inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
بصرفه فقط بموجب وصفة طبية / جدول أ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المأتمة

Ramipril

TRIATEC® 5mg

01, 22, 10

200305



Diaformine[®]
Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

P D V 2 1 D H 0 0
P E R 0 6 / 2 5
L O T L 2 1 1 2

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine®

Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

P D V 2 1 D H 0 0
P E R 0 6 / 2 5
L O T L 2 1 1 2

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine[®]
Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

P D V 2 1 D H 0 0
P E R 0 6 / 2 5
L O T L 2 1 1 2

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine[®]
Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

P D V 2 1 D H 0 0
P E R 0 6 / 2 5
L O T L 2 1 1 2

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine[®]
Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

P D V 2 1 D H 0 0
P E R 0 6 / 2 5
L O T L 2 1 1 2

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Diaformine®

Metformine

1000 mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale

P D V 2 1 D H 0 0
P E R 0 6 / 2 5
L O T L 2 1 1 2

b

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable





60 comprimés

DIAMICRON® 60 mg



SERVIER MAROC

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
فائقة I - لا تصرف إلا بوصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا الجرعات الممنوعة



60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

et 07



60 comprimés

DIAMICRON® 60 mg



SERVIER MAROC

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc



قائمة: لا تصرف إلا بوصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احترموا الجرعات الممنوعة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

07, 07