

## 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.

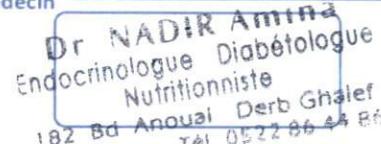
### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

N° W19-447852

|                                                                                             |                                                  |                                  |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                                                 | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22189</b>                                                 |                                                  |                                  |                                 |
| Matricule : <b>1506</b>                                                                     |                                                  |                                  |                                 |
| Société :                                                                                   |                                                  |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <b>CHRHOUL DRISSIA</b>                                                       |                                                  |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>12/03/1953</b>                                                       |                                                  |                                  |                                 |
| Adresse : <b>68, Rue Abou Karouane Abdelmalek Apt 38 Résidence DOUNIA Hôpital Ext Casab</b> |                                                  |                                  |                                 |
| Tél. : <b>06 61 31 69 06</b> Total des frais engagés : ..... Dhs                            |                                                  |                                  |                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| Cachet du médecin :                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">  <br/> <b>Dr NADIR Amira</b><br/>         Endocrinologue Diabétologue<br/>         Nutritionniste<br/>         182 Bd Anoual Derb Ghalef<br/>         Casab 10000 Tél 05 22 86 44 86       </div> |  |  |  |
| Date de consultation : <b>06 Février 2020</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : <b>CHRHOUL DRISSIA</b> Age: <b>67ans</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |
| Lien de parenté : <b>Méme</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| Nature de la maladie : <b>Dyslipidémie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements au caractère confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.                                                                                                                                                  |  |  |  |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements pris pour la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.                                                                                                                          |  |  |  |
| Fait à : <b>CASAB</b> le <b>06/02/2020</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| Signature de l'adhérent(e) :                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| <br><b>ACCUEIL</b>                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |

| 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                                                                                       |    |                                 |
| 6 FEV 2020                                                                        | S                 |                              | 200,00                          | 091163089<br>Dr NADIR Att<br>Endocrinologue Diabétologue<br>102 Bd Abdellah El Mazzabane<br>Casablanca<br>Nutritionniste<br>Derb Ghalef<br>136 44 82 |    |                                 |
| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |                   |                              |                                 |                                                                                                                                                      |    |                                 |
| Cachet du Pharmacien ou du Fourgeuse                                              | Date              | Montant de la Facture        |                                 |                                                                                                                                                      |    |                                 |
|  | 6/2/2020          | 5558,00                      |                                 |                                                                                                                                                      |    |                                 |
| ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES                                                        |                   |                              |                                 |                                                                                                                                                      |    |                                 |
| 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 |                                 |
|                                                                                   |                   |                              |                                 |                                                                                                                                                      |    |                                 |
|                                                                                   |                   |                              |                                 |                                                                                                                                                      |    |                                 |
|                                                                                   |                   |                              |                                 |                                                                                                                                                      |    |                                 |

# Docteur NADIR Amina

Spécialiste  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste

Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité  
Maigreur - Retard de croissance et de puberté



# الدكتورة نديرة أمينة

## طبية أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية  
الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول  
النحافة - تأخر النمو والبلوغ

## ORDONNANCE

Casablanca le, 06/08/2016

الدار البيضاء في :

Mr - Mme :

Raphael Driess

97,00 Dhs

Uitea D3

S.V.

S.P.

PHARMACIE IBN TOFAIL  
Téléphone : 05 22 86 44 86  
Secteur 2, Bd Anoual, Casablanca  
Flacon compte-gouttes  
Volume net : 20 ml / 580 gouttes

N° DA2018IB07657DMP/20UCAVI  
N° CE 2016-8-289 obtenu le 12/08/2016  
Certificat Export : 17/31/045  
PPC : 97,00 Dh

Flacon compte-gouttes  
Volume net :

20 ml / 580 gouttes

N° DA2018IB07657DMP/20UCAVI  
N° CE 2016-8-289 obtenu le 12/08/2016  
Certificat Export : 17/31/045  
PPC : 97,00 Dh

Flacon compte-gouttes  
Volume net :

20 ml / 580 gouttes

91,00 Dhs

Cholestin Long

S.V.

15 gouttes le Soir au dîner.

558,00

PHARMACIE IBN TOFAIL  
Téléphone : 05 22 86 44 86  
Secteur 2, Bd Anoual, Casablanca

Dr NADIR AMINA  
Endocrinologue Diabétologue  
Nutritionniste  
Anoual, Derb Ghalef  
Casablanca  
Téléphone : 05 22 86 44 86

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

LOT: N04  
PER: 03-2022  
PPU: 91,00 DH

# CHOLESTIN®

simvastatine (D.C.I.)

CHOLESTIN® 20 mg

28 comprimés



6 118001 220076

més

1 comprimé contient

simvastatine (D.C.I.)  
Lactose  
Excipients

CHOLESTIN® 10 mg

10 mg  
65,73 mg  
Q.S.

CHOLESTIN® 20 mg

20 mg  
131,46 mg  
Q.S.

40 mg  
262,92 mg  
Q.S.

## 1. C'EST QUOI CHOLESTIN® ET POURQUOI L'UTILISE -T- ON ?

### Forme pharmaceutique, groupe pharmaco-thérapeutique :

La simvastatine est un inhibiteur de la hydroxyméthylglutaryl co-enzyme A (HMG-CoA) réductase. La simvastatine diminue le niveau sanguin du cholestérol LDL et des substances grasses appelées triglycérides, et augmente le niveau du cholestérol HDL.

### Indications thérapeutiques :

Ce médicament est utilisé pour réduire l'excès de cholestérol existant dans le sang. Le cholestérol peut provoquer des cardiopathies coronariennes par obstruction des vaisseaux sanguins qui transportent l'oxygène et nutriments au cœur. Cette obstruction, ou endurcissement des artères se nomme athérosclérose. L'athérosclérose peut causer une douleur thoracique (angine de poitrine) et un infarctus du myocarde.

Si vous souffrez d'une cardiopathie coronarienne, votre médecin vous prescrit CHOLESTIN® pour diminuer le risque d'une attaque cardiaque ou d'un accident cérébro-vasculaire et réduire le risque de vous soumettre à une intervention chirurgicale pour augmenter le débit sanguin du cœur. CHOLESTIN® retarde également la progression de l'athérosclérose et diminue le développement d'une nouvelle athérosclérose.

## 2. AVANT DE PRENDRE CHOLESTIN®

### Contre-indications :

Ne prenez pas CHOLESTIN® :

- Si vous avez une allergie connue au produit.
- Si vous souffrez d'une maladie hépatique (du foie) active diagnostiquée
- Si vous prenez déjà du mibefradil, un médicament pour le traitement de l'hypertension et de l'angine de poitrine.
- Si vous prenez des médicaments destinés à traiter certaines infections à champignons par voie orale

LOT: N04  
PER: 03-2022  
PPU: 91,00 DH

# CHOLESTIN®

simvastatine (D.C.I.)

CHOLESTIN® 20 mg

28 comprimés



més

1 comprimé contient

simvastatine (D.C.I.)  
Lactose  
Excipients

CHOLESTIN® 10 mg

10 mg  
65,73 mg  
Q.S.

CHOLESTIN® 20 mg

20 mg  
131,46 mg  
Q.S.

40 mg  
262,92 mg  
Q.S.

## 1. C'EST QUOI CHOLESTIN® ET POURQUOI L'UTILISE -T- ON ?

### Forme pharmaceutique, groupe pharmaco-thérapeutique :

La simvastatine est un inhibiteur de la hydroxyméthylglutaryl co-enzyme A (HMG-CoA) réductase. La simvastatine diminue le niveau sanguin du cholestérol LDL et des substances grasses appelées triglycérides, et augmente le niveau du cholestérol HDL.

### Indications thérapeutiques :

Ce médicament est utilisé pour réduire l'excès de cholestérol existant dans le sang. Le cholestérol peut provoquer des cardiopathies coronariennes par obstruction des vaisseaux sanguins qui transportent l'oxygène et nutriments au cœur. Cette obstruction, ou endurcissement des artères se nomme athérosclérose. L'athérosclérose peut causer une douleur thoracique (angine de poitrine) et un infarctus du myocarde.

Si vous souffrez d'une cardiopathie coronarienne, votre médecin vous prescrit CHOLESTIN® pour diminuer le risque d'une attaque cardiaque ou d'un accident cérébro-vasculaire et réduire le risque de vous soumettre à une intervention chirurgicale pour augmenter le débit sanguin du cœur. CHOLESTIN® retarde également la progression de l'athérosclérose et diminue le développement d'une nouvelle athérosclérose.

## 2. AVANT DE PRENDRE CHOLESTIN®

### Contre-indications :

Ne prenez pas CHOLESTIN® :

- Si vous avez une allergie connue au produit.
- Si vous souffrez d'une maladie hépatique (du foie) active diagnostiquée
- Si vous prenez déjà du mibefradil, un médicament pour le traitement de l'hypertension et de l'angine de poitrine.
- Si vous prenez des médicaments destinés à traiter certaines infections à champignons par voie orale

LOT: N04  
PER: 03-2022  
PPU: 91,00 DH

# CHOLESTIN®

simvastatine (D.C.I.)

CHOLESTIN® 20 mg

28 comprimés



6 118001 220076

més

1 comprimé contient

simvastatine (D.C.I.)  
Lactose  
Excipients

CHOLESTIN® 10 mg

10 mg  
65,73 mg  
Q.S.

CHOLESTIN® 20 mg

20 mg  
131,46 mg  
Q.S.

40 mg  
262,92 mg  
Q.S.

## 1. C'EST QUOI CHOLESTIN® ET POURQUOI L'UTILISE -T- ON ?

### Forme pharmaceutique, groupe pharmaco-thérapeutique :

La simvastatine est un inhibiteur de la hydroxyméthylglutaryl co-enzyme A (HMG-CoA) réductase. La simvastatine diminue le niveau sanguin du cholestérol LDL et des substances grasses appelées triglycérides, et augmente le niveau du cholestérol HDL.

### Indications thérapeutiques :

Ce médicament est utilisé pour réduire l'excès de cholestérol existant dans le sang. Le cholestérol peut provoquer des cardiopathies coronariennes par obstruction des vaisseaux sanguins qui transportent l'oxygène et nutriments au cœur. Cette obstruction, ou endurcissement des artères se nomme athérosclérose. L'athérosclérose peut causer une douleur thoracique (angine de poitrine) et un infarctus du myocarde.

Si vous souffrez d'une cardiopathie coronarienne, votre médecin vous prescrit CHOLESTIN® pour diminuer le risque d'une attaque cardiaque ou d'un accident cérébro-vasculaire et réduire le risque de vous soumettre à une intervention chirurgicale pour augmenter le débit sanguin du cœur. CHOLESTIN® retarde également la progression de l'athérosclérose et diminue le développement d'une nouvelle athérosclérose.

## 2. AVANT DE PRENDRE CHOLESTIN®

### Contre-indications :

Ne prenez pas CHOLESTIN® :

- Si vous avez une allergie connue au produit.
- Si vous souffrez d'une maladie hépatique (du foie) active diagnostiquée
- Si vous prenez déjà du mibefradil, un médicament pour le traitement de l'hypertension et de l'angine de poitrine.
- Si vous prenez des médicaments destinés à traiter certaines infections à champignons par voie orale

LOT: N04  
PER: 03-2022  
PPU: 91,00 DH

# CHOLESTIN®

simvastatine (D.C.I.)

CHOLESTIN® 20 mg

28 comprimés



6 118001 220076

més

1 comprimé contient

simvastatine (D.C.I.)  
Lactose  
Excipients

CHOLESTIN® 10 mg

10 mg  
65,73 mg  
Q.S.

CHOLESTIN® 20 mg

20 mg  
131,46 mg  
Q.S.

40 mg  
262,92 mg  
Q.S.

## 1. C'EST QUOI CHOLESTIN® ET POURQUOI L'UTILISE -T- ON ?

### Forme pharmaceutique, groupe pharmaco-thérapeutique :

La simvastatine est un inhibiteur de la hydroxyméthylglutaryl co-enzyme A (HMG-CoA) réductase. La simvastatine diminue le niveau sanguin du cholestérol LDL et des substances grasses appelées triglycérides, et augmente le niveau du cholestérol HDL.

### Indications thérapeutiques :

Ce médicament est utilisé pour réduire l'excès de cholestérol existant dans le sang. Le cholestérol peut provoquer des cardiopathies coronariennes par obstruction des vaisseaux sanguins qui transportent l'oxygène et nutriments au cœur. Cette obstruction, ou endurcissement des artères se nomme athérosclérose. L'athérosclérose peut causer une douleur thoracique (angine de poitrine) et un infarctus du myocarde.

Si vous souffrez d'une cardiopathie coronarienne, votre médecin vous prescrit CHOLESTIN® pour diminuer le risque d'une attaque cardiaque ou d'un accident cérébro-vasculaire et réduire le risque de vous soumettre à une intervention chirurgicale pour augmenter le débit sanguin du cœur. CHOLESTIN® retarde également la progression de l'athérosclérose et diminue le développement d'une nouvelle athérosclérose.

## 2. AVANT DE PRENDRE CHOLESTIN®

### Contre-indications :

Ne prenez pas CHOLESTIN® :

- Si vous avez une allergie connue au produit.
- Si vous souffrez d'une maladie hépatique (du foie) active diagnostiquée
- Si vous prenez déjà du mibefradil, un médicament pour le traitement de l'hypertension et de l'angine de poitrine.
- Si vous prenez des médicaments destinés à traiter certaines infections à champignons par voie orale