

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-687450

156100

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AADKOUR Zakari
 Date de naissance : 26.02.1967
 Adresse : Villa 286 RT MORIST
 Tél. : 06 61 21 06 17 Total des frais engagés : 1203 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/04/2019
 Nom et prénom du malade : AADKOUR Zakari Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 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 : Casablanca Le : 03/04/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
03/04/23	Vaccin	2	2000	INP : 09121591

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Z. Mounia Sidi M. Larouf - Casa Tél-Fax : 0222 32 19 59	03/04/23	903,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

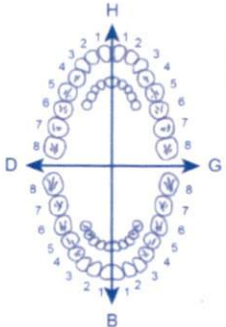
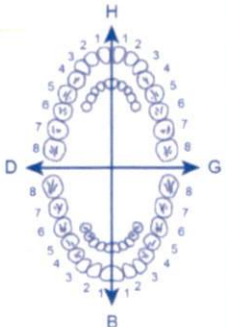
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OOF.

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []
				DATE DU DEVIS []
				DATE DE L'EXECUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 03/04/2023

M. ZAKARIA MADKOUR

1) TRIPLIXAM 10/2.5/10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 4 mois

2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 4 mois Lundi et jeudi



Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 25 36 00

صيدلية فلوريدا
PHARMACIE FLORIDA
Dr. ZIAD Mounia
Lotissement Florida, Lot. 281
Sidi Maârouf - Casa
Tél-Fax : 0522 32 19 59

MADKOUR ZAKARIA

FC 70 /min

Axes

Né(e) le 26.02.1967
Age 56 ans
Sexe Masculin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA
Remarque

Intervalles

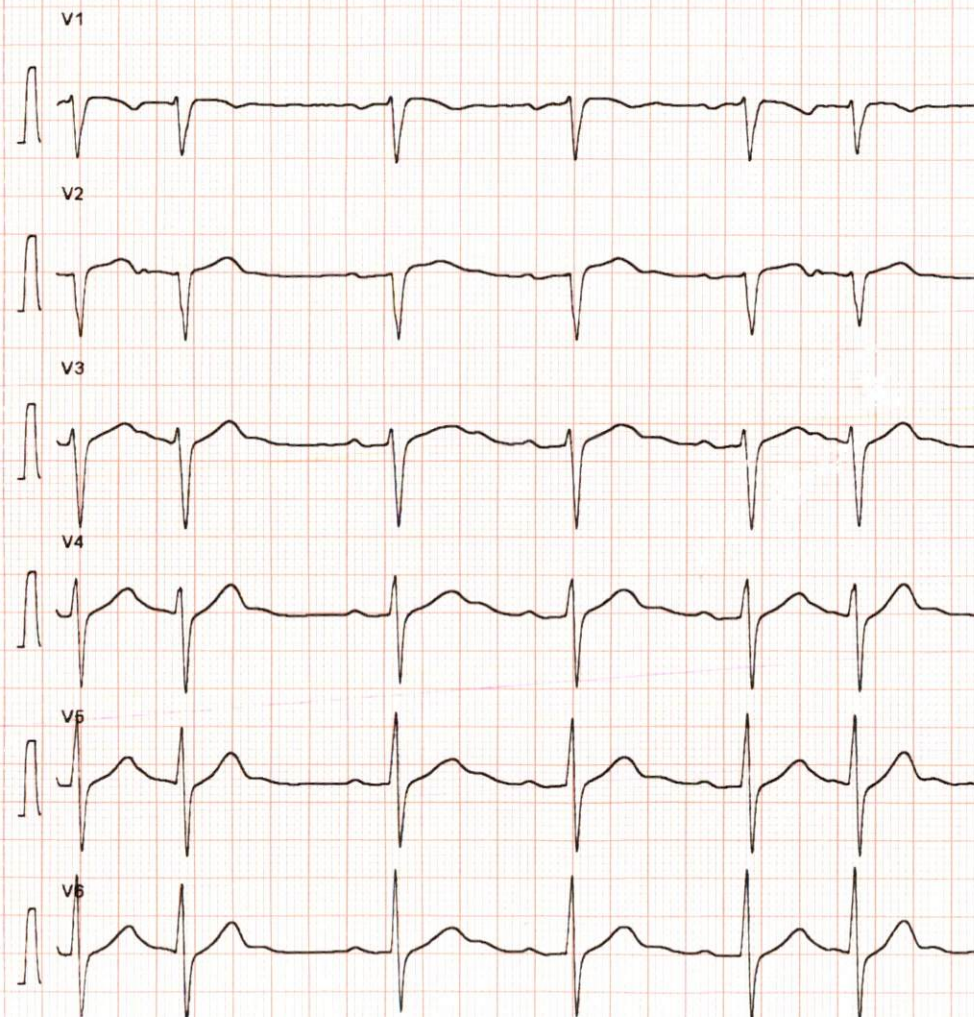
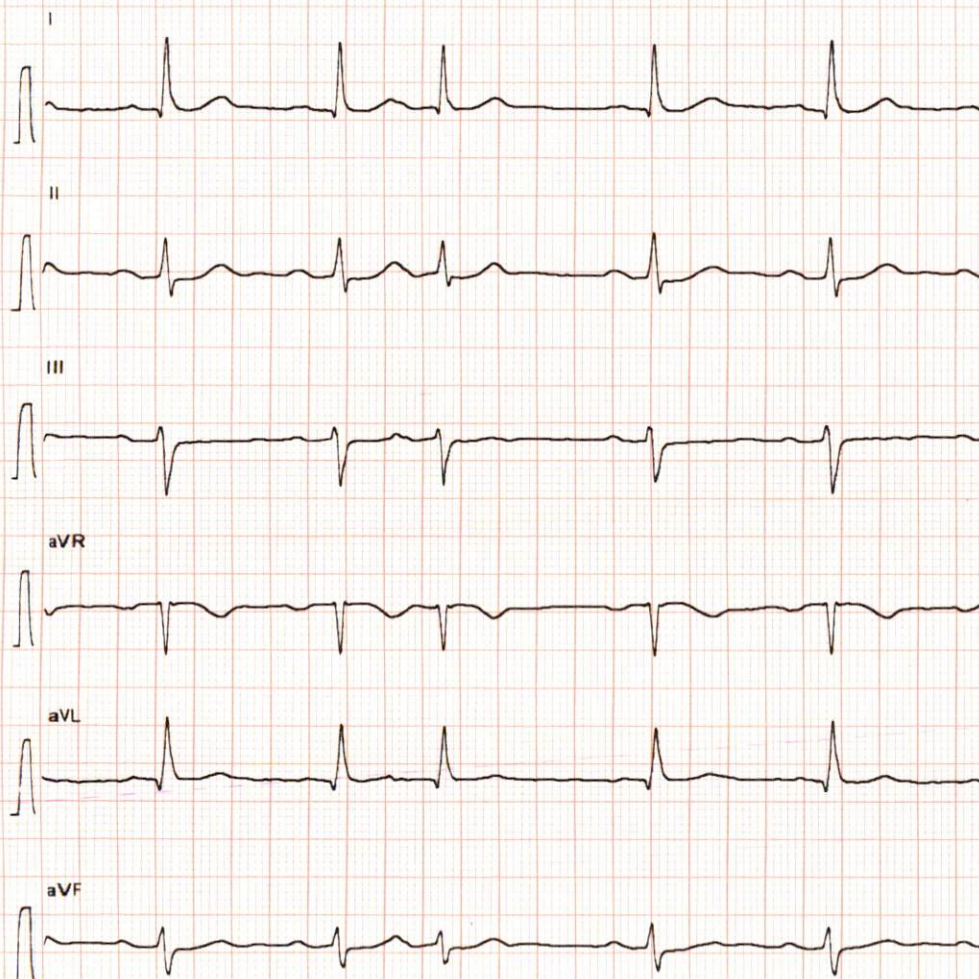
RR 854 ms
P - ms
PR - ms
QRS 98 ms
QT 422 ms
QTc 459 ms
(Bazett)

P - °
QRS -7 °
T 27 °

P (II) - mV
S (V1) -0.81 mV
R (V5) 1.14 mV
Sokol. 2.18 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, QRS(T) MODIFIÉ:
ANOMALIE EN ANTEROSEPT. POSSIBLE

RI6 02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s



CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

Liste1-Uniquement sur ordonnance

لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة قانعة 1



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas + 30°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.



Tenir à l'abri
de l'humidité

يحفظ هذا الدواء
بعيدا عن الرطوبة



**CRESTOR + GROSSESSE =
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace**

يجب حفظ الدواء في مكان لا يصل إليه الأطفال و
محجوب عن أنظارهم.

اقرأ النشرة الإعلامية قبل الإستعمال.

احفظ الدواء في مكان لا تتجاوز فيه الحرارة

30 درجة مئوية فوق الصفر.

احفظ الدواء في غلافه الأصلي

AstraZeneca

AstraZeneca

Lot 34251
Exp 06 2025
Fab: 07 2022



SERVIER

SERVIER

AMM n°: 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103001

n°: 502/17 DMP/21 NNP
899B103001

6 118001 130306

6 118001 130306

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

TRIPLIXAM®

TRIPLIXAM

10mg/2,5mg/10mg

10mg/2,5mg/10mg

comprimés pelliculés
périndopril arginine/
indapamide/amlodipine

comprimés pelliculés
périndopril arginine/
indapamide/amlodipine

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

8001089C103001

SERVIER



AMM n°: 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103001



6 118001 130306



TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

SERVIER



n°: 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103001



6 118001 130306



TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

TRIPLIXAM®

10mg/2,5mg/10mg

comprimés pelliculés
périndopril arginine/
indapamide/amlodipine

comprimés pelliculés
périndopril arginine/
indapamide/amlodipine

30 comprimés pelliculés

30 comprimés pelliculés

8001089C103001