

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 066830

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7791 Société : 177423
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHATOUANI ap CH. RABIA
 Date de naissance : 16/01/1970
 Adresse : 46 lot 1700K A 1 Rue Shifa
 Tél. : 7791 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الحفيظ الخصاصي
 Dr. LAKHSSASSI Abdellatif
 Cardiologue
 33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour
 Casablanca - Tél: 0522 94 06 06

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : H7A

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) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
02.10	ex 224	-	350,00	
20.23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

02/10/23 283,20

INPE
092022045

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

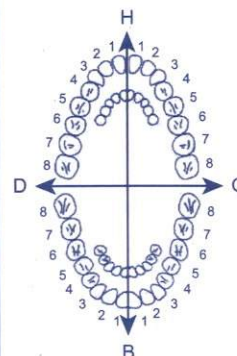
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

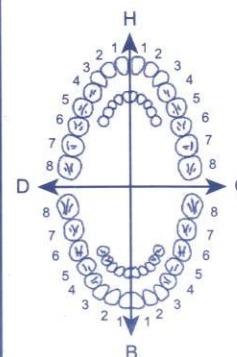
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

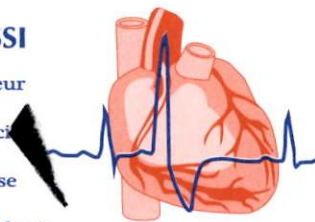
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Membre de la Société Française
de Cardiologie
Ancien Chef de Service de Cardiologie
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



الدكتور عبد اللطيف الخصاصي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
خريج كلية الطب بمونبولى
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب
رئيس قسم أمراض القلب سابقا
بمصححات الضمان الإجتماعي

Casablanca, le 02.10.2023 الدار البيضاء في

CHRAÏNE 92 h jouten

3 us

273.20

Amor 5



136.6002

4 bouj

Pharmacie du Louvre
صيدلية لوفر
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05
pharmaciedulouvre@gmail.com

الدكتور عبد اللطيف الخصاصي
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif
Cardiologue
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Casablanca - Tél: 0522 94 06 06

Pfizer

Amlor®

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

HD 832

136 40
436,60

ent car elle

ersonnes, il

pharmacien.
voir rubrique

Amlor 5mg 
56 COMPRIMÉS

1/3



6

118000250012

dicaments appelés

lute pression artérielle (hypertension), ou un certain
une forme rare est l'angor de Prinzmetal ou variante.
ession haute), ce médicament agit en relaxant les
s traverse plus facilement. Chez les patients atteints
icle cardiaque, qui reçoit ainsi plus d'oxygène, ce qui

prévient l'apparition d'une douleur thoracique. Ce médicament n'apporte pas de soulagement immédiat
si la douleur thoracique est liée à l'angor.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Amlor® ?

Ne prenez jamais Amlor®

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amiodipine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament (dont la liste est indiquée dans la rubrique 6), ou aux autres inhibiteurs calciques. Les réactions peuvent se manifester par des prurits, des rougeurs de la peau ou des difficultés respiratoires.
- Si vous présentez une baisse sévère de la pression artérielle (hypotension).
- Si vous présentez un rétrécissement de la valve aortique (sténose aortique) ou un choc cardiogénique (une affection dans laquelle votre cœur est incapable d'apporter suffisamment de sang à l'organisme).
- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque après une crise cardiaque.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Amlor®

Vous devez informer votre médecin si vous présentez ou avez présenté l'une des conditions suivantes :

- Crise cardiaque récente
- Insuffisance cardiaque
- Augmentation sévère de la pression artérielle (crise hypertensive)
- Maladie du foie (hépatite)
- Vous êtes une personne âgée et votre dose a besoin d'être augmentée

Enfants et adolescents

Amlor® n'a pas été étudié chez l'enfant âgé de moins de 6 ans. Amlor® ne doit être utilisé que pour le traitement de l'hypertension chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans (voir rubrique 3). Pour des informations complémentaires, veuillez consulter votre médecin.

Autres médicaments et Amlor®

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Amlor® peut affecter ou être affecté par d'autres médicaments, tels que

- le kétoconazole, l'itraconazole (médicaments antifongiques)
- le ritonavir, l'indinavir, le nelfinavir (appelés inhibiteurs de protéase utilisés pour traiter l'infection par le VIH)



Amlor®

5 mg et 10 mg comprimés
Amlodipine

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

HD 8

136,60

AMlor® 5 mg ○
56 COMPRIMÉS



6 118000 250012

1. A
inl
Am
type
Che
vais
d'an
prév
si la
2. Q
Ne p
• Si
ce m

réaction peuvent se manifester par des prurits, des rougeurs de la peau ou des difficultés respiratoires.
• Si vous présentez une baisse sévère de la pression artérielle (hypotension).
• Si vous présentez un rétrécissement de la valve aortique (sténose aortique) ou un choc cardiogénique (une

affection dans laquelle votre cœur est incapable d'apporter suffisamment de sang à l'organisme).
• Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque après une crise cardiaque.

Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre Amlor®

Vous devez informer votre médecin si vous présentez ou avez présenté l'une des conditions suivantes :

- Crise cardiaque récente
- Insuffisance cardiaque
- Augmentation sévère de la pression artérielle (crise hypertensive)
- Maladie du foie (hépatite)
- Vous êtes une personne âgée et votre dose a besoin d'être augmentée

Enfants et adolescents

Amlor® n'a pas été étudié chez l'enfant âgé de moins de 6 ans. Amlor® ne doit être utilisé que pour le traitement de l'hypertension chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans (voir rubrique 3). Pour des informations complémentaires, veuillez consulter votre médecin.

Autres médicaments et Amlor®

Si vous prenez ou avez pris récemment un autre médicament, y compris un médicament obtenu sans ordonnance, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Amlor® peut affecter ou être affecté par d'autres médicaments, tels que
• le kétoconazole, l'itraconazole (médicaments antifongiques)

• le ritonavir, l'indinavir, le nelfinavir (appelés inhibiteurs de protéase utilisés pour traiter l'infection par le VIH)

En l'absence de contre-indication, il ne serait pas mentionné dans cette notice. Vous pouvez