

## 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° W19-464551

ND: 35130

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1001 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUKHIFI ABDELLATIF  
Date de naissance : 1.1.1948  
Adresse : N°11 Lot NICOLA ALLÉE DE LA  
PLACE AIN SBAAB - CASABLANCA  
Tél. : 0659866493 Total des frais engagés : 596,70 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدية البشير</p> <p><b>PHARMACIE EL BACHIR</b></p> <p>2 Bis, Bd. Hj. Ahmed Mekouar</p> <p>05 22 34 41 27 - Casablanca</p>	25/02/20	296,70

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]										
				Coefficient des Travaux [ ]										
				Montants des Soins [ ]										
				Début d'exécution [ ]										
				Fin d'exécution [ ]										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B			
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
			Coefficient des Travaux [ ]											
			Montants des Soins [ ]											
			Date du devis [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]											
		Date de l'exécution [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

**DOCTEUR JOUNDY CHAKIB**  
**CARDIOLOGUE**

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de  
Pathologie Vasculaire Varices  
Ex. Médecin Attaché au C.H.U  
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini

Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13

Fax : 05 22 44 46 10

D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48  
Casablanca



**الدكتور جندى شبيب**

إختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليك فرنسا  
طبيب ملحق سابقا بالمركز الصحي  
الجامعي بليك

39, شارع رحال المسكيني

الهاتف ع. : 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13

فاكس : 05 22 44 46 10

م : 05 22 52 08 03

المحمول : 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

Casablanca, le :

25/02/2020

D. Mouhfi Abdullatif

Amli 10 mg  
17/17



3m

296,70 = 98,90 x 3

صيدلية البشير  
**PHARMACIE EL BACHIR**  
62 Bis, Bd. Hj. Ahmed Mekouar  
Tél.: 05 22 34 41 27 - Casablanca

Dr. JOUNDY Chakib  
CARDIOLOGUE  
39, Boulevard Rahal El Meskini  
Tél. C. : 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13



## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament appartient à la classe des antagonistes du calcium.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif de l'angor.

## CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.**

**NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.**

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

**COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :**

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, oedèmes des jambes.
  - Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.
- Ces phénomènes s'atténuent en général par la suite.

Pour toute autre manifestation, il est recommandé de consulter un médecin.

**POSOLOGIE ET MODALITÉS D'EMPLOI**  
**DANS TOUS LES CAS :**

## PRÉSENTATIONS

- AMLOR® 5 mg

Boîte de 14 comprimés de 5 mg

Boîte de 28 comprimés de 5 mg

Boîte de 56 comprimés de 5 mg

- AMLOR® 10 mg

Boîte de 14 comprimés de 10 mg

Boîte de 28 comprimés de 10 mg

\* Marque de Pfizer Inc

UT.AV :

2

P.P.V.

LOT N° :

270192

98 90

98,90

09366128/3

LABORATOIRES PFIZER S.A.  
Route de Oualidia EL JADIDA

LABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)  
avec l'autorisation de PFIZER Inc  
New-York U.S.A.



## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament appartient à la classe des antagonistes du calcium.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif de l'angor.

## CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.**

**NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.**

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

**COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :**

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, oedèmes des jambes.
  - Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.
- Ces phénomènes s'atténuent en général par la suite.

Pour toute autre manifestation, il est recommandé de consulter un médecin.

**POSOLOGIE ET MODALITÉS D'EMPLOI**  
**DANS TOUS LES CAS :**

## PRÉSENTATIONS

- AMLOR® 5 mg

Boîte de 14 comprimés de 5 mg

Boîte de 28 comprimés de 5 mg

Boîte de 56 comprimés de 5 mg

- AMLOR® 10 mg

Boîte de 14 comprimés de 10 mg

Boîte de 28 comprimés de 10 mg

\* Marque de Pfizer Inc

UT.AV :

2

P.P.V.

LOT N° :

270192

98 90

98,90

09366128/3

LABORATOIRES PFIZER S.A.  
Route de Oualidia EL JADIDA

LABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)  
avec l'autorisation de PFIZER Inc  
New-York U.S.A.



## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament appartient à la classe des antagonistes du calcium.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et dans le traitement préventif de l'angor.

## CONTRE INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- chez la femme enceinte ou susceptible de l'être
- chez la femme en période d'allaitement.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Les personnes âgées et les personnes souffrant d'une insuffisance hépatique se conformeront strictement à la prescription de leur médecin.

**EN CAS DE DOUTE NE PAS HÉSITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MÉDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, particulièrement si vous prenez déjà des médicaments contre l'hypertension artérielle ou contre l'angor.**

**NE JAMAIS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.**

## AUTRES EFFETS POSSIBLES DU MÉDICAMENT

**COMME TOUT PRODUIT ACTIF, CE MÉDICAMENT PEUT, CHEZ CERTAINES PERSONNES ENTRAINER DES EFFETS PLUS OU MOINS GENANTS, en début de traitement :**

- le plus souvent, on peut noter maux de tête, rougeurs du visage, oedèmes des jambes.
  - Rarement : nausées, étourdissements, fatigue, réactions cutanées : tachycardies ou palpitations.
- Ces phénomènes s'atténuent en général par la suite.

Pour toute autre manifestation, il est recommandé de consulter un médecin.

**POSOLOGIE ET MODALITÉS D'EMPLOI**  
**DANS TOUS LES CAS :**

## PRÉSENTATIONS

- AMLOR® 5 mg  
Boîte de 14 comprimés de 5 mg
- Boîte de 28 comprimés de 5 mg
- Boîte de 56 comprimés de 5 mg
- AMLOR® 10 mg  
Boîte de 14 comprimés de 10 mg
- Boîte de 28 comprimés de 10 mg

\* Marque de Pfizer Inc

UT.AV :

LOT N° :

P.P.V.

98 90

98,90

09366128/3

LABORATOIRES PFIZER S.A.  
Route de Oualidia EL JADIDA

LABORATOIRES PFIZER S.A. (Maroc)  
avec l'autorisation de PFIZER Inc  
New-York U.S.A.

**DOCTEUR JOUNDY CHAKIB**  
**CARDIOLOGUE**

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de  
Pathologie Vasculaire Varices  
Ex. Médecin Attaché au C.H.U  
de Lille

39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13  
Fax : 05 22 44 46 10  
D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48  
Casablanca



**الدكتور جندي شكيب**

إختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليك فرنسا  
طبيب ملحق سابقا بالمركز الصحي  
الجامعي بليك

39: شارع رجال المسكيني  
الهاتف: 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13  
فاكس: 05 22 44 46 10  
م: 05 22 52 08 03  
المحمول: 06 61 17 34 48 - الدار البيضاء

*Facture*

Casablanca, le : .....

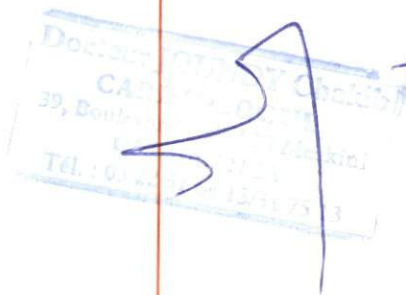
20 FEB 2020

*Dr Moukhefi Abdelatif*

*Consultation 9 EUG*

*300 DHS*

*trois cent DHS*



414P - 22616702

25. Fév. 20 12:15

GE marquette

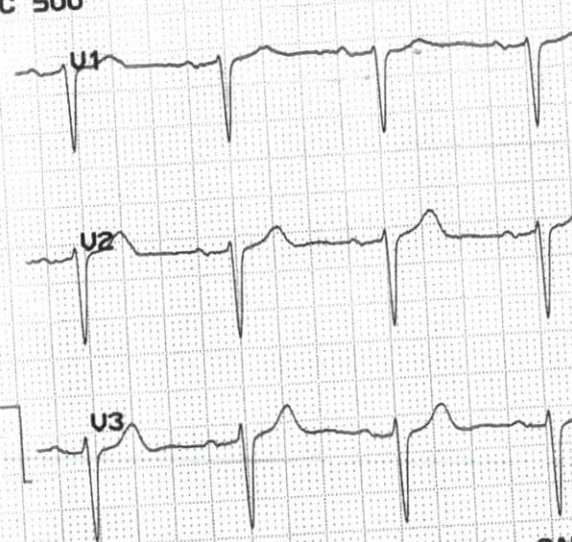
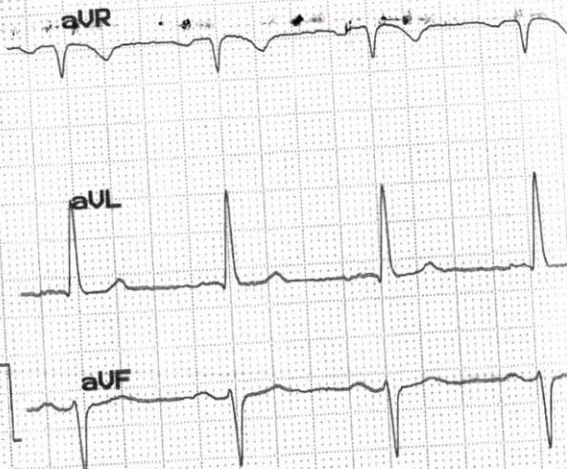
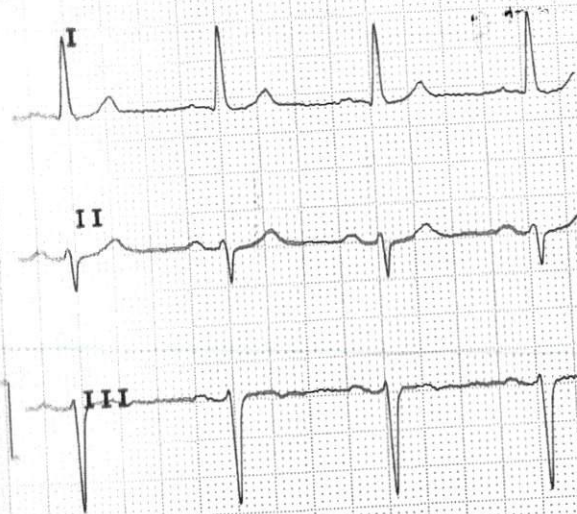
MAC 500

U2.22

GE marquet

MAC 500

U2.22



Auto 25mm/s 10mm/mV SAD

50Hz

0,08-35Hz

72/min

Auto 25mm/s 10mm/mV SAD

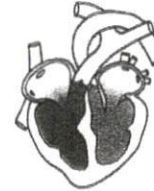
50

**DOCTEUR JOUNDY CHAKIB**

**CARDIOLOGUE**

Spécialiste Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)

Diplômé d'Etudes Spéciales de  
Pathologie Vasculaire Varices  
Ex Médecin Attaché au C.H.U  
de Lille



**الدكتور جندى شبيب**

إختصاصي في أمراض القلب  
و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليب فرنسا  
طبيب ملحق سابقا بالمركز الصحي  
الجامعي بليب

## **ELECTROCARDIOGRAMME**

Nom de Malade : Dr. Moukoko Abdelatif

Casablanca, le : 20/02/2020

39, Bd. Rahal El Meskini - Tél.: C. 05 22 31 64 13 / 05 22 31 75 13 - Fax : 05 22 44 46 10 - D. 05 22 52 08 03 - GSM : 06 61 17 34 48 - Casa  
06 61 17 34 48 : المحمول 05 22 44 46 10 / 05 22 52 08 03 : فاكس 05 22 31 75 13 / 05 22 31 64 13 : الهاتف م.