

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.

Biologie 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.

Educational :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

S : 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° M21- 062949

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 347 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : N. Kou Abdessamad

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : N. Kou Abdessamad 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-62949

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie *Compte*
N° P19- 046617

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 747 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mikou Abdessamad
Date de naissance : 8 MAI 1945
Adresse : Résidence KAOUTAR AV. IBRAHIM ATHIR
FES V.N.
Tél. : 0663045835 Total des frais engagés : 4.015,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/2021
Nom et prénom du malade : Mikou Abdessamad Age : 76 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cardiomyopathie ischémique
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 : FES Le : 2 / 7 / 2021
Signature de l'adhérent(e) :

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
10/05/2021				Dr Knaouia Riad CARDIOLOGUE Espace Riad Fes Av. Moulay Abdellah FES - Tél 05 35 93 26 42

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Al-Nahdha Ain Lahrach Rue de l'Indépendance Fes - Tél 05 35 12 11 31	10/05/2021	4015,90 DH

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. Khaoula HBID

CARDIOLOGUE
Ex. Chef de service de cardiologie
Hôpital El Ghassani, FES

Diplôme d'échocardiographie Bordeaux, France
Diplôme d'épreuve d'effort et de réadaptation Cardiaque
Bordeaux, France



الدكتورة خولة حبيض

أختصاصية في أمراض القلب والأشرايين
رئيسة قسم أمراض القلب بمستشفى الغساني سابقا
دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا
دبلوم اختبار الجهد وإعادة تأهيل القلب من جامعة
بوردو بفرنسا



Cardensiel® 5 mg
Corrimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

Fès, le 10/05/2021

Mme. Milou Abdessamad

34,60 La-s-ha 10g

1cp 15



58,10 Cardensiel 5g

1cp 15



350,00 Rexamen 15g

1cp 15



405,00 Nperis 50g

1cp x 2/5



147,40 Rosol 10g

1cp 15



PHARMACIE AIN LAHMALE
Dr. Khaoula HBID
Ain Lahmale, Fes
Province d'El-Haouz

Dr. Khaoula HBID
CARDIOLOGUE
Espace Rhab Fès Av. Attallah Abdellah
1000 T41 05 35 93 26 42

35,00

35,00

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg
UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



Dr. Khaoula HBID

CARDIOLOGUE

Ex. Chef de service de cardiologie

Hôpital El Ghassani, FES

Diplôme d'échocardiographie Bordeaux, France

Diplôme d'épreuve d'effort et de réadaptation Cardiaque

Bordeaux, France



الدكتورة خولة حبيض

اختصاصية في أمراض القلب والشراب

رئيسة قسم أمراض القلب بمستشفى الغساني سابقا

دبلوم فحص القلب بالصدى من جامعة بوردو بفرنسا

دبلوم اختبار الجهد وإعادة تأهيل القلب من جامعة

بوردو بفرنسا

Fès, le 10/05/2021

Monsieur Milcou Abdessamad

34,60 La-s-ha 10g

1cp 15



58,10 Cardensiel 5g

1cp 15



350,00 Reaxaban 15g

1cp 15



405,00 Nperis 50g

1cp 15



147,40 Rosol 10g

1cp 15



1015,80

PHARMACIE AIN LAHMALIK
Dr. Khaoula HBID

Ain Laouakine - Fes
Province d'Inchana

Dr. Khaoula HBID
CARDIOLOGUE

Espace Rehab Fes Av. Allal ben Abdellah
Tél: 05.35.93.26.42

رجاب فاس، شارع علال بن عبد الله، عمارة C الطابق الأول، بجانب مقهى أسوان - فاس

الهاتف: 05.35.93.26.42 / المحمول: 06.63.70.23.21 / البريد الإلكتروني: hbid.kholla12@gmail.com

COMPOSITION :

Rosuvastatine.....10 mg

Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

Excipient à effet notoire : lactose

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

إحترموا الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

جدول أ (لائحة أ)

AMM N° 156/16 DMP/21/NNP

ROZAT®

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale

b

bottu_{JA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

MISES EN GARDE SPECIALES :

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

Lire attentivement la notice avant utilisation.

تحذيرات خاصة :

يحفظ بعيدا عن مرمى و تناول الأطفال

يرجى مراجعة النشرة يتمعن قبل أي إستعمال

PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :

A conserver à une température $\leq 25^{\circ}\text{C}$.

إحتياطات خاصة للتخزين :

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés



6 118000 041771

روزات®

روزيفاستاتين

10 ملغ

28
قرصا
مغلّفا

عن طريق الفم

بوتني ش.م.
82, بومالكازياريناس - عين السميع - الدار البيضاء
س. البشوتني - صيدلي مسؤول

b

COMPOSITION :

Rosuvastatine.....10 mg

Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé

Excipient à effet notoire : lactose

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

إحترموا الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

جدول أ (لائحة أ)

AMM N° 156/16 DMP/21/NNP

ROZAT®

Rosuvastatine

10 mg

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale

b

bottu_{JA}

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

MISES EN GARDE SPECIALES :

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

Lire attentivement la notice avant utilisation.

تحذيرات خاصة :

يحفظ بعيدا عن مرمى و تناول الأطفال

يرجى مراجعة النشرة يتمعن قبل أي إستعمال

PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :

A conserver à une température $\leq 25^{\circ}\text{C}$.

إحتياطات خاصة للتخزين :

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

ROZAT® 10 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés



6 118000 041771

روزات®

روزيفاستاتين

10 ملغ

28
قرصا
مغلّفا

عن طريق الفم

بوتني ش.م.
82, بومالكازياريناس - عين السميع - الدار البيضاء
س. البشوطي - صيدلي مسؤول

b

Lasilix® 40mg

Furosémide
Voie orale
20 Comprimés sécables



40 mg
20 mg

LOT : 21E001
PER : 01/2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

Furosémide

SANOFI

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2 ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (élévation importante de la tension artérielle),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (rétention de sel),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

Lasilix® 40mg

Furosémide
Voie orale
20 Comprimés sécables



40 mg
20 mg

LOT : 21E001
PER : 01/2025

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

Furosémide

SANOFI

Lisez attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Elle contient des informations importantes sur votre traitement.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire à nouveau.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

LASILIX 40 mg comprimés :

Furosémide 40 mg/comprimé.

Excipients : amidon de maïs, lactose, silice colloïdale, talc, stéarate de magnésium.

LASILIX 20 mg/2 ml :

Furosémide 20 mg/2 ml.

Excipients : chlorure de sodium, hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Formes pharmaceutiques et présentations

LASILIX 40 mg : comprimés sécables dosés à 40 mg ; boîte de 20.

LASILIX 20 mg/2 ml : solution injectable,
ampoule de 2 ml ; boîte de 1.

DANS QUEL CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Voie orale :

Ce médicament est indiqué dans le traitement :

- des œdèmes d'origine cardiaque ou rénale,
- des œdèmes d'origine hépatique, le plus souvent en association avec un diurétique épargneur de potassium,
- de l'hypertension artérielle.

Voie injectable :

Cette forme est indiquée dans les cas suivants :

- urgences cardiologiques : œdème aigu du poumon, arrêt cardiaque,
- poussées hypertensives sévères (élévation importante de la tension artérielle),
- rétentions sodées sévères d'origine cardiaque, rénale, cirrhotique (rétention de sel),
- radiologie du bas appareil urinaire et test de lavage « wash out » au LASILIX,
- peut être utilisé en réanimation pédiatrique.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

