

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Éducation :

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 canalaires, 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 canalaires.

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

Nº M21- 063810

99336

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4633

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NHAMOUCHE KAMAL

Date de naissance : 14-11-1951

Adresse : 48, AV HASSAN II FES

Télé : 06.603.198.09

Total des frais engagés :

220P

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/12/2014

Nom et prénom du malade : M. BAHRI Rania

Age: 61 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cardiopathie Estomigine

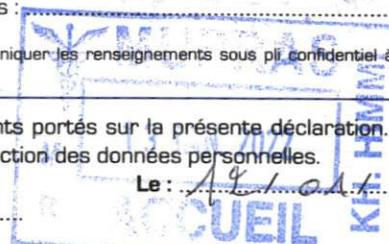
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 19/01/2015

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNOP N° : AA-215 / 2019

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
24.11.21	6 + ECO		300 D.H.	DS35332076 Cardiologue Dr. TEL Av. Slaoui N°64 Casablanca Tél: 05 35 96 36 26 Email: taremmassan1979@gmail.com UPTE: 142083600
06.10.21	C		C.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SARL (AU) Dr. HASSENA douar Ouled Lakhdar, Ouled Tayeb Fès Béni Tél: 05 35 96 36 26 Email: taremmassan1979@gmail.com UPTE: 142083600	24/12/21	1531,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHENDID TLEMCANI Hassane	25/12/21		200 D.H.
Docteur CHENDID TLEMCANI Hassane	6/01/22		250 DH

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	B			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN

6 118001 040148
BOTTU S.A PPV : 69DH.30
NATISPRAY 0,30mg
Solution (1.8ml)



340093430700

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN



3400934307065



Dr. Driss BERRADA
Cardiologue

الدكتور ادريس براادة
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Ex. Attaché au Service de
cardiologie du
CHU Hassan II de Fès

Fès, le 24/12/2021.

Mme BAHRI RANIA 61 ans

ORDONNANCE

- Echocardiographie

5886 (= 176,1 X 3) HYTACAND 16/12.5

- Epreuve d'Effort

29,6,11 (= 91 X 3) DETENSIEL 10 MG

- Holter ECG

1673,11 (= 157 X 3) 1 cp le matin après repas
ROSVAS SUN 10 MG

- Holter Tensionnel

1673,11 (= 157 X 3) 1 cp le matin après repas
KARDEGIC 75MG

SYNTHEMEDIC

22 rue souheir benn al souam roches
noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP 21/NRQ P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

Tél : 05 35 93 20 76

GSM : 06 61 34 10 70

SYNTHEMEDIC

22 rue souheir benn al souam roches

noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP 21/NRQ P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

SYNTHEMEDIC

22 rue souheir benn al souam roches

noires casablanca

HYTACAND

16 mg/12,5 mg Cpr

Bte de 30

29 DMP 21/NRQ P.P.V: 176,20 DH

6 118001 020898

TT DE TROIS MOIS

69,31 NATISPRAY

1 pulvérisation sous la langue en cas de douleur

MEZOR 40 MG

1 cp le matin avant repas

48,41 GAVISCON SIROP

1 cuil x 2/j avant repas

PHARMA S.A.S SAÏD (AU) Dr. HASSEB BEN REM

douar Oulad Lakhdar Ouled Tayeb Fès Bl

Tél : 05 35 96 36 26

karemhassan1979@gmail.com

INPE : 1420003500

Av. Slaoui, N° 64, Bureaux des Palmiers, 1er étage N°8 (en face du Club de l'enseignement) - Fès
، شارع السلاوي، مكاتب النخيل الطابق الأول، رقم 8 (أمام نادي التعليم) - فاس





7862160342



7862160342



7862160342

LOT 210939
EXP 03/2023
PPV 122.80DH

Rosuvastine[®]

Rosuvastine



SUN
PHARMA



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg

Lot n°:

EXP:

PPV: 157 DH 80

Composition:

Rosuvastatine calcium (DCI)

Équivalent à Rosuvastatine 10 mg

Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.

Exipients à effet notable: Lactose.

& Précautions d'emploi: Posségeuses

Indications, Contre-indications, Posségeuses
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

Ne pas laisser à la portée et la vue des enfants.

الدواء: روزوستاتين كالسيوم (أ. د. م. ١٠)
وز روستاتين فلستاتين (أ. د. م. ١٠)
الدواع: لارتفاع الكوليسترول في الدم.
الإسوس: علاج كوليسترول كل فرج من ملليلتر.
متوسط فوج تناول الطعام، صباح الإفطار، العصر، و
النقطتين الاستهلاك. قبل النوم، بالذريعة.
يحفظ بعيداً عن المتناول وروধة الأطفال.

روزوفاس[®] صان

روزوفاستاتين

ROSUVAS[®]SUN 10 mg
Boîte de 30 comprimés pelliculés

10 ملخ

30 قرص ملمس
عن طريق الفم

6
118000 380641

دواء من الأدوية الممنوعة
للمضادات الحيوانية

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بتذاكرة على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER

ديتاسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace.
- la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

يُنصح ألا:
- المرأة أو النساء في سن الإجهاض وسائل منع الحمل الفعلية.
- المرأة الحامل، لا في حالة عدم وجودديل علاجي.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

دواء من الأدوية الممنوعة
للمضادات الحيوانية

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة ١ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER

ديتاسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace.
- la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

يُنصح ألا :
- المرأة أو النساء في سن الإجهاض وسائل منع الحمل الفعلية.
- المرأة الحامل، لا في حالة عدم وجودديل علاجي.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

دواء من الأدوية الممنوعة
للمضادات الحيوانية

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بتذاكرة على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER

ديتاسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace.
- la femme enceinte,
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

يُنصح ألا:
- المرأة أو النساء في سن الإجهاض وسائل منع الحمل الفعلية.
- المرأة الحامل، لا في حالة عدم وجودديل علاجي.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

حرك جيدا قبل الشرب.
لا تتركه في متناول الأطفال.

يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 منوبة.
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de license au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM N°205/15 DMP/21/NNP
PPV: 48 DH 40

DISPONIBLE EN PHARMACIE
UNIQUEMENT

غافسكون ادفانس

GAVISCON

ADVANCE

AROME ANIS

SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

- Brûlures d'estomac & indigestion
- حرق المعدة وضرر الهضم
- تركيبة بقوه اضافيه
- Formule extra puissante
- تدوم طويلا
- Effet Longue Durée

خلال من السكر

نكهة الينسون

BN 034681
DOM 12/2020
EXP 12/2022

3079955

غافسكون مزيج ملعق للشرب فى قارورة سعة
150 مل

التركيبة:

الجينات الصوديوم ——— 10 غ

بيكربونات البوتاسيوم ——— 2 غ

السواغات: ك.ك.ل جرعة واحدة من 100 مل

6



قائمة السواغات ذات
التاثير الملحوظ:

بار هيدروكسبيتزوانت
المتيل و البروبيل.

دواعي الاستعمال:

يوفر غافسكون ادفانس
تغطية سريعة ، تدوم

طويلا، ضد حرقه
المعدة و عسر الهضم.

طريقة الاستعمال:

عن طريق الفم.

Soulever ici.
Ne pas enlever.

e 150ml



Dr. Driss BERRADA
Cardiologue

الدكتور ادريس براادة

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Ex. Attaché au Service de
cardiologie du
CHU Hassan II de Fès

- Echocardiographie
- Epreuve d'Effort
- Holter ECG
- Holter Tensionnel

Tél : 05 35 93 20 76

GSM : 06 61 34 10 70



Faire SVP :

Troponine



Av. Slaoui, N° 64, Bureaux des Palmiers, 1er étage N°8 (en face du Club de l'enseignement) - Fès
، شارع السلاوي، مكاتب النخيل الطابق الأول، رقم 8 (أمام نادي التعليم) - فاس 64



Dr. Driss BERRADA
Cardiologue

الدكتور ادريس براادة

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Ex. Attaché au Service de
cardiologie du
CHU Hassan II de Fès



Fès, le

24/12/2021

Mme BAHRI RANIA 61 ans

- Echocardiographie
- Epreuve d'Effort
- Holter ECG
- Holter Tensionnel

Bilan biologique

Faire S.V.P:

Troponine us

Tél : 05 35 93 20 76

GSM : 06 61 34 10 70



Av. Slaoui, N° 64, Bureaux des Palmiers, 1er étage N°8 (en face du Club de l'enseignement) - Fès
64، شارع السلاوي، مكاتب النخيل الطابق الأول، رقم 8 (أمام نادي التعليم) - فاس

**LABORATOIRE
CENTRAL
D'ANALYSES
MEDICALES ET SCIENTIFIQUES**

المختبر المركزي للتحاليلات الطبية والعلمية

Docteur CHENDID TLEMCANI H.

Pharmacien Biogiste

Docteur d'Université en Pharmacie
Ancien Interné et Attaché au C.H.U. de LILLE

Certificats d'Etudes Spéciales :

Bactériologie et Virologie Clinique - Hematologie
Biochimie Clinique - Parasitologie
Biologie de la Reproduction Humaine

الدكتور الشنضيخت التلمساني ح.

صيدلي إحيائي

دكتور جامعي في الصيدلة

سابقاً داخلي وملحق بمعاهدات مستشفى ليل

اختصاصي في التحاليلات الطبية :

علم الأحياء الدقيقة - علم الدم

علم الكيمياء الحيوية - علم التحاليلات

علم التناسل الإنساني

Edition du : 25/12/2021



IF36926

Madame BAHRI RANIA

Dossier n° : JI304

Prescripteur : BERRADA DRISS

Facture N° : 671

Actes

Cotation B

TROPONINE

250

PRELEVEMENT DE SANG

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : 200 dh

DEUX CENT DHS



**LABORATOIRE
CENTRAL
D'ANALYSES
MEDICALES ET SCIENTIFIQUES**

المختبر المركزي للتحاليلات الطبية والعلمية

Docteur CHENDID TLEMCANI H.

Pharmacien Biogiste

Docteur d'Université en Pharmacie
Ancien Interne et Attaché au C.H.U. de LILLE

Certificats d'Etudes Spéciales :

Bactériologie et Virologie Clinique - Hematologie
Biochimie Clinique - Parasitologie
Biologie de la Reproduction Humaine

الدكتور الشنضيض التلمساني ح.

صيدلي إحياني

دكتور جامعي في الصيدلة
سابقاً داخلي ومتخصص بمخبرات مستشفيات ليل
اختصاصي في التحاليلات الطبية :
علم الأحياء الدقيقة - علم الدم
علم الكيمياء الحيوية - علم المختilibات
علم التناول الإنساني

Edition du : 06/01/2022



IF36926

Madame BAHRI RANIA

Dossier n° : JI461

Prescripteur : BERRADA DRISS

INPE : 143001535

I.C.E : 001627681000015

I.F : 16400170

Facture N° : 670

Actes

Cotation B

TROPONINE

250

PRELEVEMENT DE SANG

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : 200 dh

DEUX CENT DHS

