

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0056781

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 646 Société : 29334
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FATEMI AHMED
 Date de naissance :
 Adresse : 246 Av Prince Hercher Rés ALKARAM 1
 Etage n° 39 Tanger
 Tél : 0539942488 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06/09/2022
 Nom et prénom du malade : LAHLOU MARIA Age : 1954
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Palpitations
 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 : Tanger

Le : 12/09/2022

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
06/09/2022	Cs + ECG		3.00 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09-09-22	1068,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

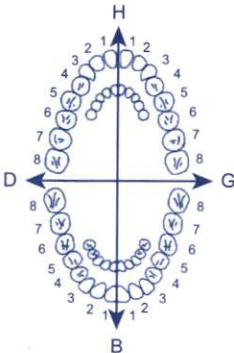
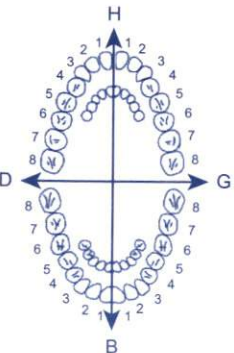
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal BOUSSOUNI

Spécialiste des maladies du
cœur et des vaisseaux

Hypertension artérielle

Diplômée en Echocardiographie

Doppler de l'université de Bordeaux



الدكتورة أمل بوسوني

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

و ارتفاع الضغط الدموي

دبلوم إكوغرافيا القلب و الدوبلير من

جامعة بوردو

Tanger le : 06/09/2022

Mme Lahlou Maria

100,00 x3

Fibrocand 180mg



1 gel/j

(3 mois)

27,70 x3

Cardioaspirine



1cp/j après le déjeuner (3 mois)

114,10 x3

crestor 5mg



1cp/j le soir (3 mois)

240,00

Yomea



102,60 1 gel x2/j

Aterius 5mg



1cp/j le soir

T= 1068,00

PHARMACIE BISMILLAH
12, Av. My Driess 1er, Rés. El Kheir
Tél: 05 39 94 10 10 - TANGER
INPE: 162015960
ICE: 001555076000077

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V: 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V: 114,10 DH
6 118001 183104

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V: 114,10 DH
6 118001 183104

PHARMACIE BISMILLAH
12, Av. My Driess 1er, Rés. El Kheir
Tél: 05 39 94 10 10 - TANGER
INPE: 162015960
ICE: 001555076000077

شارع مولاي يوسف زنقة ابن خوزيمة إقامة زيري الطابق الأول (قرب بنك BMCI ، أمام صيدلية أريحا) - طنجة

Avenue Moullay youssef rue ibn khouzima Res. Ziri 1er étage (Près de la banque BMCI, en face de la pharmacie Ariha) - TANGER

Tél : 05 39 94 26 84 - E-mail : dr.boussouni@gmail.com : البريد الإلكتروني

MFD

BT13271 07 2019

07 2024

EXP



30 comprimés gastro-résistants

AMM N° 594/17 DM/P/21/NRS
Fabriquée par Bayer AG
51368 Leverkusen
Allemagne
Bayer

Titulaire de l'AMM au Maroc Bayer S.A.
Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Marrakech, 20030 Casablanca
Maroc

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

حمض أسيتيل ساليسيليك

كارديو أسبرين 100 مع

Composition:

1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique
excipients qsp un comprimé

Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne
dépassant pas 25°C.

يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال

ما يكفي من السواغ لقرص واحد

كل قرص يحتوي على 100 مع من حمض أسيتيل ساليسيليك
التركيبية :



Acide acétylsalicylique

30 comprimés gastro-résistants

CARDIOASPIRINE

100 mg

BT13271 07 2019

07 2024

EXP



30 comprimés gastro-résistants

Titulaire de l'AMM au Maroc Bayer S.A.
AMM N° 594/17 DM/P/21/NRS
Fabriqué par Bayer AG
51368 Leverkusen
Allemagne
Bayer

Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Marrakech, 20030 Casablanca
Maroc

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



حمض أسيتيل ساليسيليك

كارديو أسبرين 100 مغ

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Acide acétylsalicylique

30 comprimés gastro-résistants

CARDIOASPIRINE 100 mg

Composition:
1 comprimé contient 100 mg d'acide acétylsalicylique
excipients qsp un comprimé
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
التركيبية :
كل قرص يحتوي على 100 مغ من حمض أسيتيل ساليسيليك
ما يكفي من السواغ لقرص واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية

BT13271 07 2019

07 2024

EXP



30 comprimés gastro-résistants

Titulaire de l'AMM au Maroc Bayer S.A.
AMM N° 594/17 DM/P/21/NRS
Fabriqué par Bayer AG
51368 Leverkusen
Allemagne
Bayer

Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Marrakech, 20030 Casablanca
Maroc

30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



حمض أسيتيل ساليسيليك

كارديو أسبرين 100 مغ

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Acide acétylsalicylique

30 comprimés gastro-résistants

CARDIOASPIRINE 100 mg

Composition:
1 comprimé contient 100 mg d'acide acétylsalicylique
excipients qsp un comprimé
Tenir hors de portée des enfants
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
التركيبية :
كل قرص يحتوي على 100 مغ من حمض أسيتيل ساليسيليك
ما يكفي من السواخ لقرص واحد
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



LOT : 097
PER : JAN 2024
PPV : 102 DH 60

أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

Titulaire de l'autorisation de mise
sur le marché dans le pays d'origine :
Merck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem, Pays-Bas

Médicament soumis à prescription
médicale. Excipient à effet notoire:
Contient du Lactose.
Pour plus d'information, voir la notice.

Fabriqué et distribué par :

Les laboratoires PHARMACEUTICAL
INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda
Maroc Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable.

AMM N° 393/19 DMP/21/NRQ

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

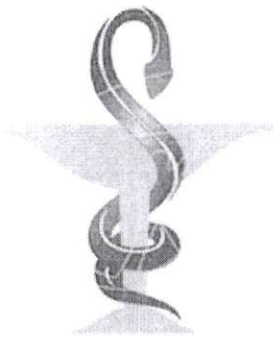
LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Ymea

À base d'extrait de pollen,
Magnésium marin et Vitamine E



LOT: 2205002
FAB: 05/2022
EXP: 05/2025
PVC: 240.00DH



PHARMACIE BISMI ALLAH
12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR°TANGER
ICE : 001555076000077
B P:164-640-212-1102707500009-80
Téléphone:0539941010/0539341919.
Fax 0539341212
Patente:50487909
CNSS:6294318
I.F: 81110975
R.C. 42012

Facture N° 983 589 Du 09/09/2022

LAHLOU MARIA

Forme	Désignation	P P V	Qté.	Montant HT	Tva%	Mt Tva	Montant TTC
CO	FIBROCARD 180MG/30	100,00	3	280,37	7 %	19,63	300,00
CO	AERIUS 5 MG BT 30	102,60	1	95,89	7 %	6,71	102,60
CO	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	3	83,10	0 %	0,00	83,10
CO	CRESTOR 5MG/28	114,10	3	342,30	0 %	0,00	342,30
CO	YMEA FEMME 60 GELULES	240,00	1	240,00	0 %	0,00	240,00
5	Total			1 041,66		26,34	1 068,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE SOIXANTE-HUIT DIRHAMS TTC

PHARMACIE BISMI ALLAH
12, AV. MLY DRISS 1ER, Rés. El Kheir
Tél: 05 39 94 10 10 - TANGER
INPE: 100015960
ICE: 001555076000077

☒ **valable 3 mois**

Le 06/09/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Lahtou Maryem
Présente	
Nécessitant un traitement d'une durée de :	3 mois
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Nom **Maria Lahlou**
N° patient **0a0baf1c-9807-425f-89dd-d80b7903bbc8**

Date de naiss...
Sexe **Féminin**
Taille
Poids
Ethnique **Oriental**
Pacemaker **Non**

N° visite
Chambre
Traitement
N° requête
Émetteur de l...
Prot. requ.

Indication
Remarque

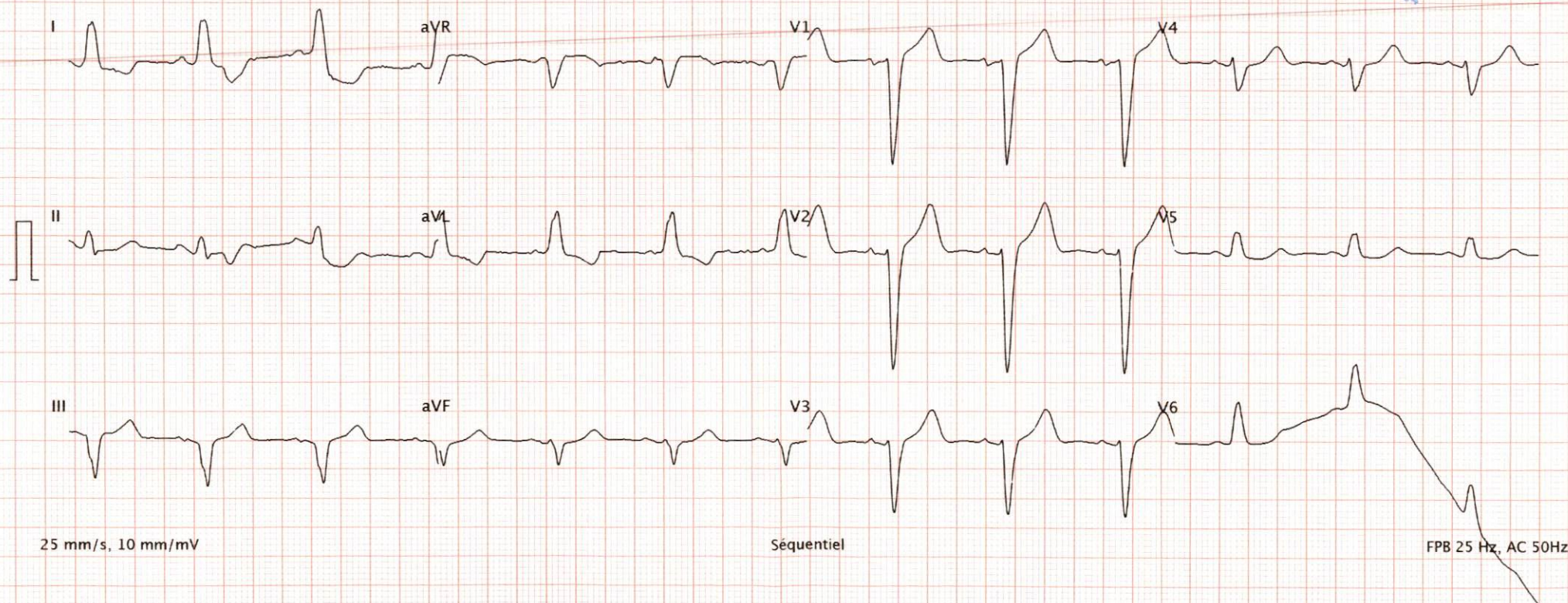
06.09.2022 13:43:48
ECG de repos

FC **77 bpm** RR 782 ms
P 96 ms
PR 132 ms
Axe P 34° QRS 122 ms
Axe QRS -24° QT 419 ms
Axe T 124° QTcB 474 ms

Rythme sinusal
Position gauche
Bloc de branche gauche incomplet
Anomalie ST-T, probable
ischémie latérale ou surcharge ventriculaire gauche

Rapport non confirmé

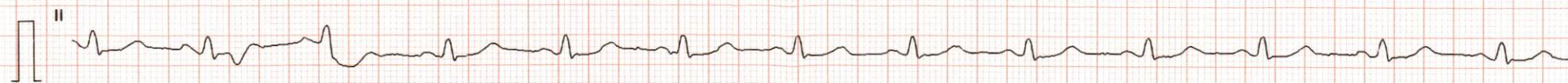
الدكتور أمال بوسوني
Dr. Amal BOUSSOUNI
Cardiologue - Tél: 995 39 04 26 86



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, AC 50Hz



25 mm/s, 10 mm/mV

FPB 25 Hz, AC 50Hz