

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 646 Société : 129331

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATEMI AHMED

Date de naissance :

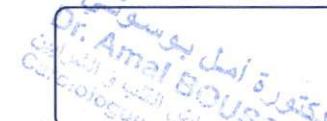
Adresse : 246 Au Prince Heribert, Rés ALKARAM 1

Etg 2 n° 39 Tangier

Tél. : 0538842488 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

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : 10/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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
26/09/2022	CS.+E.CG		3.00.D.H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

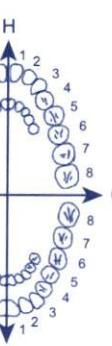
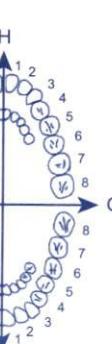
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
D	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
B																					
G																					
	<p>[Création, remont, adjonction] 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 GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Amal BOUSSOUNI

Spécialiste des maladies du
coeur et des vaisseaux

Hypertension artérielle

Diplômée en Echocardiographie

Doppler de l'université de Bordeaux



الدكتورة أمل بوسوني

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

وارتفاع الضغط الدموي

دبلوم إكولوجيا القلب والدوبليير من

جامعة بوردو

Tanger le : 06/09/2022

Nome Lahbou Maria

100,00 x 3

Fibrocond 180mg



1 gel/j

(3 mois)

27,70 x 3

Cardioaspirine



1cp/j après le déjeuner

(3 mois)

114,10 x 3

Crestor 5mg



1cp/j le soir

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

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

PHARMACIE BISMILLAH
12, AV. MLY DRISS 1er, Rés. EI KHEIR
Tél: 05 39 94 10 10 - TANGER
INPE: 162015960
ICE: 001555076000077

240,00

Imeca



102,60 1 gel x 2/j

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

PHARMACIE BISMILLAH
12, AV. MLY DRISS 1er, Rés. EI KHEIR
Tél: 05 39 94 10 10 - TANGER
INPE: 162015960
ICE: 001555076000077

Aerius 5mg



1cp/j le soir

E 1068,00

Dr. Amal BOUSSOUNI
Cardiologue - TANGER
E-mail: dr.boussouni@gmail.com

شارع مولاي يوسف زنقة ابن خوزة 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

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



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

أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبستة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبستة

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

Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

NIVEAU 1

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124



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. M.Y Driss 1er, Rés. El Kheir
Tél: 0539 94 10 10 - TANGER
INPE: 162015960
ICE: 001555076000077



valable 3 mois

Le 06/09/20...22

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Lahcen Marzouq

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Nom Maria Lahiou
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

Méd. réf.
Méd. traitant

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

Rapport non confirmé

Dr. Amal BAI
Cardiologue - Tel: 053 39 54 26 04
TAIBI ASSOUNI

