

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1787

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Brahim Assiya

Date de naissance : 02/09/51

Adresse : Bruss Koura golfcity 45m² m. Ayt 2

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 25/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : Béji

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
15/11/12	G+ECU	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Yassine Mme Denizi Myriem , Route Ann Chkef - FES Tél.: 055 60 42 53	15/11/22	352,00

INDE - 142057520

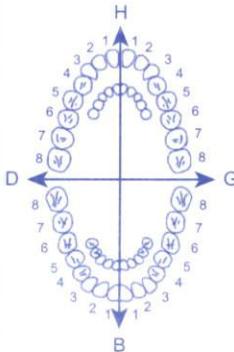
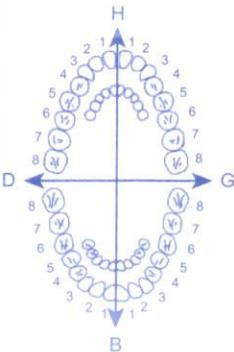
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX																		
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			B	G	00000000	00000000			H	B	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552																			
	D	00000000	00000000																			
			B																			
	G	00000000	00000000																			
			H																			
	B	35533411	11433553																			
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V :30DH70
LOT :22E06
PER..04.2024
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V :30DH70
LOT :22E06
PER..04.2024
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V :30DH70
LOT :22E06
PER..04.2024
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V :30DH70
LOT :22E06
PER..04.2024
6 118000 061847

Relaxium®

B6

375 mg

375 mg
30 GÉLULES



1 gélule par jour

100 % magnésium
vitamine B₆

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 220465
DLUO: 06/2025
99,00DH



146-147 Z. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Relaxium®
B6

CONSEILS D'UTILISATION

1 à 2 comprimés par jour. Avaler et suivre avec une quantité de liquide suffisante.

COOPER PHARMA
PPC: 99,00 DH

Pour: Laboratories ROUGIER s.r.o., Opletalova 1015/55, Prague 1 – République tchèque
Fabriqué par: Dr. Müller Pharma s.r.o., U Mostku 182, 503 41 Hradec Králové – République tchèque
Distributeur: Cooper Pharma, 41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca - Maroc

Certificat d'enregistrement: N° 20211907023/MAV2/DMP/CA/18



FAB:
EXP:
N° de lot:

1 1 4
1 0 7
0 4 4
1 0 2 0 0
0 0 0
2 2 2
0 4 4



COOPER
PHARMA

VENOREINE®

Aescine / Ruscogénine / Acide ascorbique

30
Comprimés



Complément alimentaire

Poids net : 17,4 g

كارديجي[®]

٧٥ ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

محروق لمحلول الشرب

علبة ٣٠ كيس - جرعة

كارديجي[®]

٧٥ ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

محروق لمحلول الشرب

علبة ٣٠ كيس - جرعة

كارديجي[®]

٧٥ ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

محروق لمحلول الشرب

٣٠ كيس - جرعة

كارديجي[®]

٧٥ ملغ

أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين

محروق لمحلول الشرب

٣٠ كيس - جرعة

ot p[®]

EXP:

PPV:

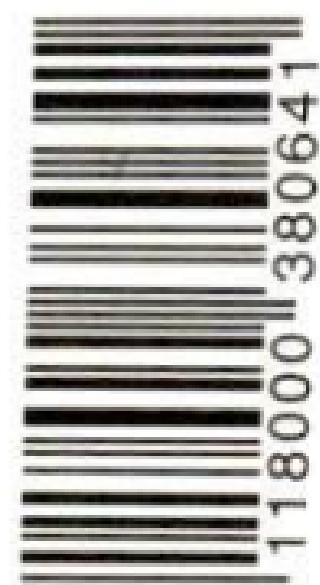
157 DH 80

روزوقاس
صسان



روزوقاس

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



6

ot p[®]

EXP:

PPV:

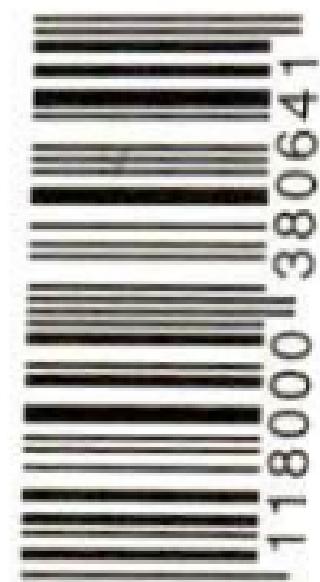
157 DH 80

روزوقاس
صسان



روزوقاس

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



6

ot p[®]

EXP:

PPV:

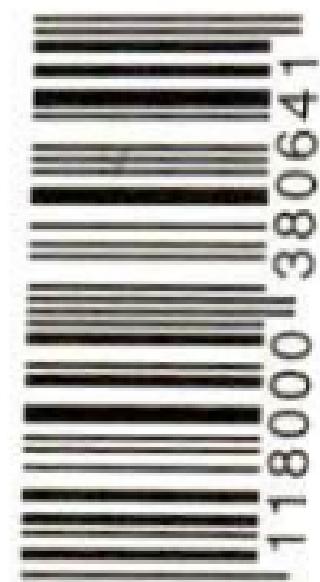
157 DH 80

روزوقاس
صسان



روزوقاس

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



6

ot p[®]

EXP:

PPV:

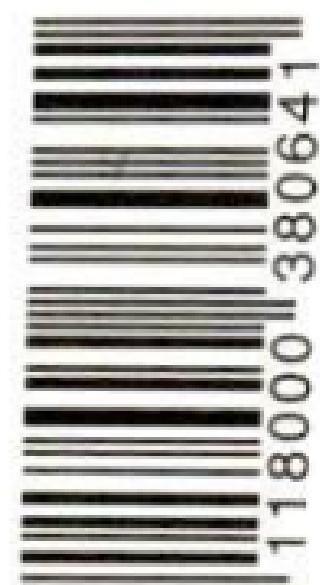
157 DH 80

روزوقاس
صسان



روزوقاس

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



6



الدكتور ادريس براادة
Dr. Driss BERRADA
Cardiologue

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

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



Fès, le

15/11/2022

Mme BEN BRAHIM ASSIYA 71 ans

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

Bilan biologique

Faire S.V.P:

TSHus



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 D'ANALYSES MEDICALES KANDOUSSI

Docteur ABDELALI KANDOUSSI
Médecin Biologiste
Lauréat de la faculté de Médecine de Reims

Bureau Al Fath, Lots Walili
67, Avenue des FAR - FES AGDAL
Tél : 035 73 24 30 / 32 - Fax : 035 73 24 31

N° de patente : 13604729
N° d'identification fiscale : 16471818
N° d'affiliation à la CNSS : 6935540
N° ICE : 000419654000009

FACTURE N° : 221100313

FES le 15-11-2022

Mme BEN BRAHIM Assiya

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
0164	TSH us	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams .

مختبر القدوسي للتحاليل الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI
INP 143000537
Tél 05 35 73 24 30/32 - Fax 05 35 73 24 31



مختبر القندوسي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Médecin : Dr. BERRADA Driss
Prélèvement du : 15-11-2022
Heure du prélèvement : 12:14
Référence : 2211152042
Edition : 15-11-2022

Mme BEN BRAHIM Assiya

Code Patient 2208302013



HORMONOLOGIE

Résultats

Unité

Valeurs de référence

Antériorités

TSHus (Thyréostimuline ultrasensible) :
(Chimiluminescence sur Automate ACCESS 2)

0.649 μ UI/mL

(0.340-5.600)

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.

Une variation minime de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH.

Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

Demande validée biologiquement par : Dr. ABDELALI KANDOUSSI



Page : 1/1

Urgences : Prélèvements à domicile 24h/24 : 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél : 05 35 73 24 30 / 32 - Fax : 05 35 73 24 31

E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com

Dr. Driss BERRADA

Nom : BEN BRAHIM ASSIYA

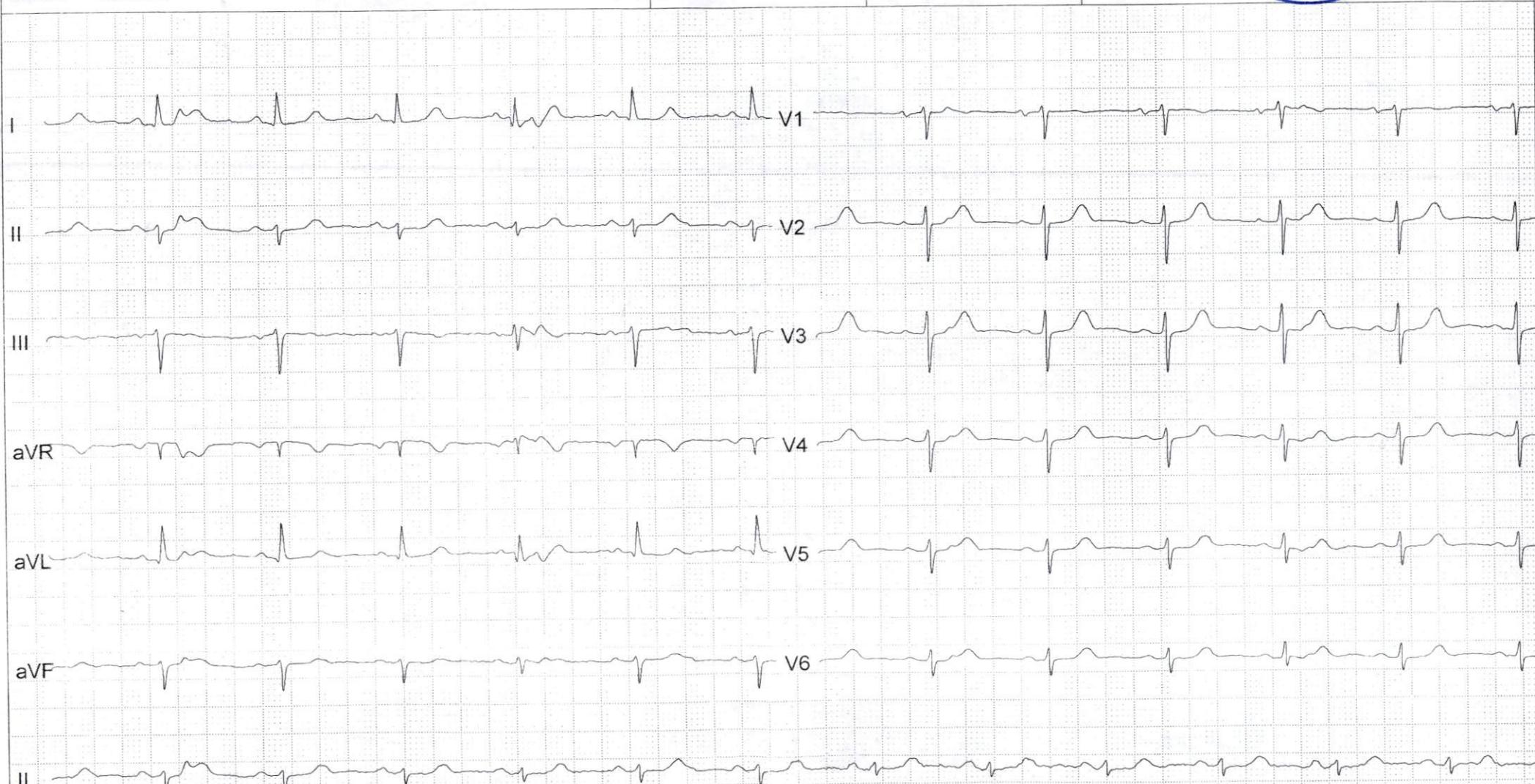
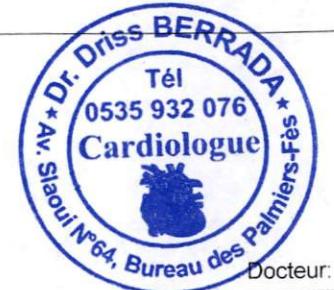
Sex: femell Lit No:

Age: 71A Date: 15/11/2022 11:23:23

SN:000212 Section:

Cli No.: CaseNo.:

Fréquence: 1000Hz QT Interval: 396ms Prompt:
 Temps d'écha 21s QTc Interval: 437ms
 FC: 73bpm P Axis: 44.60;ā
 P Interval: 87ms QRS Axis: -35.90;ā
 QRS Interval: 79ms T Axis: 45.30;ā
 T Interval: 182ms RV5/SV1 0.26/0.44mV
 PR Interval: 151ms RV5+SV1 0.70mV



00:07 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV