

## 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.

**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

M22- 0021660

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SKIREDJ LEILA  
 Date de naissance : 05/04/1958  
 Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSIA IH 43 N°1 CASABLANCA  
 Tél. : 0641727178 / 0660619331 Total des frais engagés : 2122,10 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ATLAB Mustapha Cardiologue  
 Date de consultation : 22/12/2022  
 Nom et prénom du malade : SKIREDJ Leila Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA aspect hypertensif  
 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 : Le : / /

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
22/12/2022	e	2505	30000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/22	1822,1000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

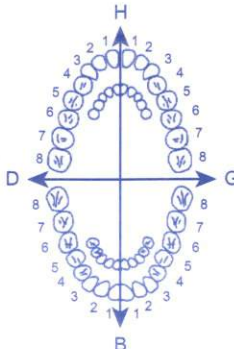
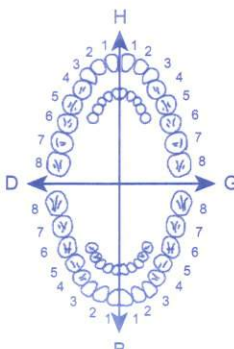
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 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



- Echodoppler Couleur Cardiaque et Vasculaire
- Holter Rythmique et Tensionnel
- Epreuve d'Effort

- الفحص بالصدى للقلب و الشرايين
- تخطيط القلب عند بذل المجهود
- تسجيل الضغط الدموي بالهولتير
- الهولتير تخطيط القلب

Casablanca, le : 22-12-22

Mme Skiredj Leila

244x3

- Clozapine 150 - 150 1 cp/15

ERUEL 150 1 cp/15

120x6

76,95

Cordarone 100 1 cp

114x3

Crestor 5mg 1 cp

126x3

Cilentrone 10 1 cp

46,70

Zylone 100 1 cp

35,70x4

Alprazolam 0,5 1/2 cp 15 jours

42,20

Celefix 1 gel.

182,20

Trasylol de 3mg



# Alpraz<sup>®</sup>

## Alprazolam

**Alpraz<sup>®</sup> 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

**0,5 mg**



**28** Comprimés sécables

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

# Alprazolam

**Alprazolam 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

**0,5 mg**



28 Comprimés sécables

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS



# Alpraz<sup>®</sup>

## Alprazolam

**Alpraz<sup>®</sup> 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

**0,5 mg**



**28** Comprimés sécables

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

# Alpraz<sup>®</sup>

## Alprazolam

**Alpraz<sup>®</sup> 0,5 mg**

28 comprimés sécables



6 118000 020530

**0,5 mg**



**28** Comprimés sécables

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

irvel®  
Irbésartan

28 comprimés pelliculés

Voie Orale



120,00

IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



irvel®  
Irbésartan

28 comprimés pelliculés

Voie Orale



120,00

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

irvel®  
Irbésartan

28 comprimés pelliculés

Voie Orale



120,00

IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

irvel®  
Irbésartan

28 comprimés pelliculés

Voie Orale



120,00

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

irvel®  
Irbésartan

28 comprimés pelliculés

Voie Orale



120,00

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



irvel®  
Irbésartan

28 comprimés pelliculés

Voie Orale



120,00

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342

**Distribué par:** Cooper Pharma, 41  
Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc Amina Daoudi  
Pharmacien responsable

**Sous licence:** Merck Santé  
37 rue Saint-Romain  
69379 LYON CEDEX 08

**Fabricants:**

Merck KGaA,  
Frankfurter Strasse 250,  
64293 DARMSTADT  
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

**Respecter les doses prescrites**

Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



7862160342



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولى خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites

يجب التقيّد بالجرعات الموصوفة

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



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردنسيال + الحمل = خطر

Nie 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

لا يستعمل لدى:  
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون استعمال وسائل منع الحمل الفعالة،  
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي



**Cardensiel® 10 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
○ PPV: 76,90 DH

7862160242



**CRESTOR<sup>®</sup>**  
rosuvastatine

**5 mg**

**30 comprimés  
pelliculés**

Voie Orale

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104



**CRESTOR<sup>®</sup>**  
rosuvastatine

**5 mg**

**30 comprimés  
pelliculés**

Voie Orale

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104



**CRESTOR<sup>®</sup>**  
rosuvastatine

**5 mg**

**30 comprimés  
pelliculés**

Voie Orale

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104



Importé par:

**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**

169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,

20070 Casablanca.

Fabriqué par :

**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**

Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا<sup>®</sup>  
إيسيتالوبرام

**CILENTRA<sup>®</sup> 10 mg** ○

Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303

**10 ملغ**

**28 قرصا ملبسا قابلا للكسر**  
عن طريق الفم

Importé par:

**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**

169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,

20070 Casablanca.

Fabriqué par :

**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**

Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا<sup>®</sup>  
إيسيتالوبرام

**CILENTRA<sup>®</sup> 10 mg** ○

Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303

**10 ملغ**

**28 قرصا ملبسا قابلا للكسر**  
عن طريق الفم

Importé par:

**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**

169, Avenue Hassan 1<sup>er</sup>,

20070 Casablanca.

Fabriqué par :

**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**

Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا<sup>®</sup>  
إيسيتالوبرام

**CILENTRA<sup>®</sup> 10 mg** ○

Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 118001 300303

**10 ملغ**

**28 قرصا ملبسا قابلا للكسر**  
عن طريق الفم



CALCIUM + VITAMINE

**CALCIFIX**

**CALCIFIX**

CALCIUM + VITAMINE



42,20

**CALCIFIX D<sub>3</sub>**

30 comprimés

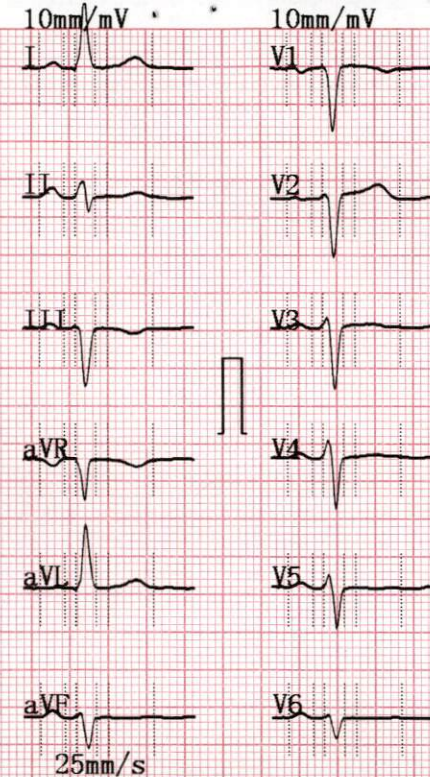
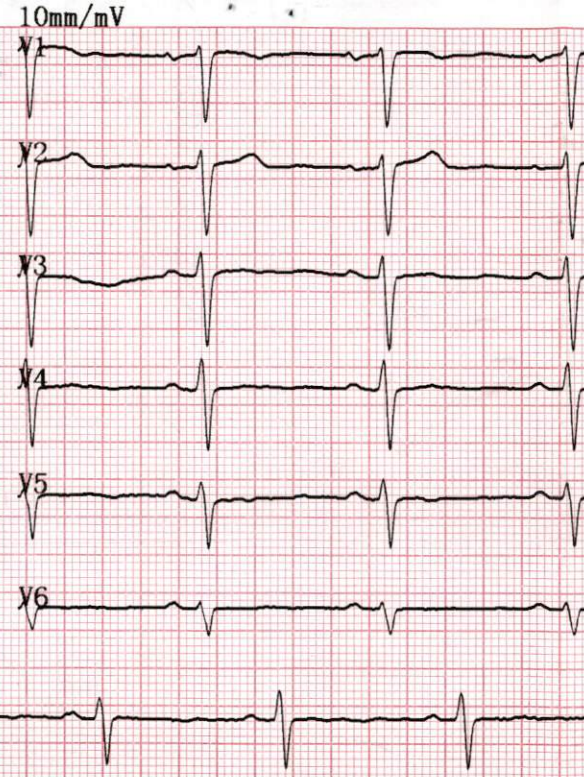
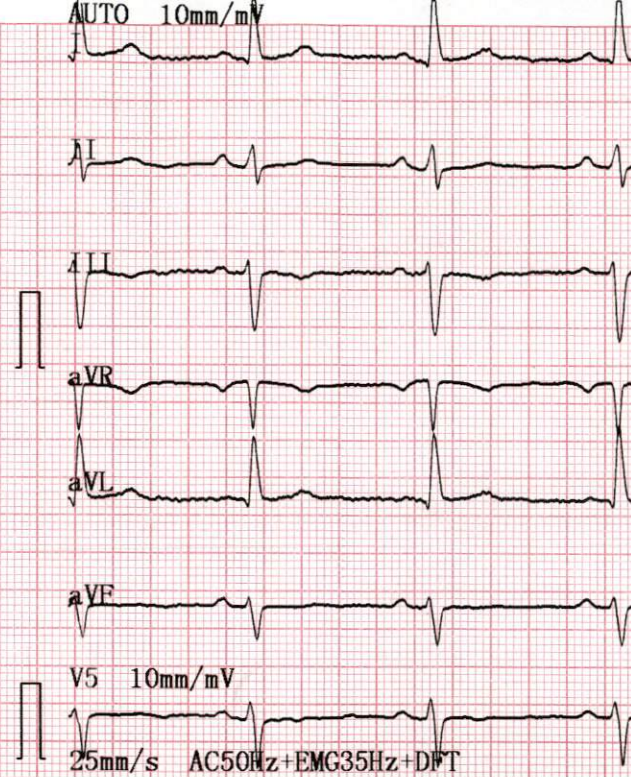


Remboursable AMO



6 118000 021407





DR ATLAB  
1970-01-01 01:07

ID: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Height: \_\_\_\_\_ cm Weight: \_\_\_\_\_ kg SYS/DIA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

HR [bpm]: 63  
PR Interval [ms]: 187  
P Duration [ms]: 130  
QRS Duration [ms]: 107  
T Duration [ms]: 237  
QT/QTc [ms]: 407/418  
P/QRS/T Axis [deg]: 34.8/-25.2/-6.8  
R(V5)/S(V1) [mV]: 0.17/0.83  
R(V5)+S(V1) [mV]: 1.00

<< Conclusions >>  
Normal Sinus Rhythm;  
Middling Left axis deviation;  
possible old anteroseptal MI;

**\*\*Report need physician confirm\*\***

Physician \_\_\_\_\_

**Dr. Atlab Mostapha**  
Cardiologue  
أخصائي أمراض القلب و الشرايين  
119, Bd Abdennoumen  
Tél: 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4  
Urgence: 05 01 05 29 32