

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

349562

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 dyslipidique
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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) :

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	30054	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/22	1822,600

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

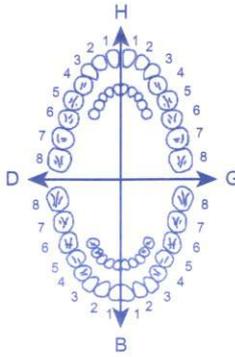
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

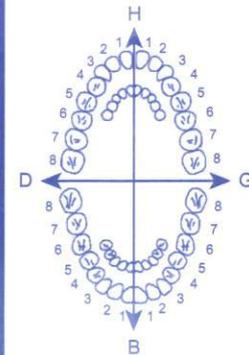
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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 والشرايين
- تخطيط القلب عند بذل الجهود
- تسجيل الضغط الدموي بالهولتير
- الهولتير تخطيط القلب

Casablanca, le : 22-12-22

Mme Skiredj Leila

2440x3

Levostatin 10 - 15 1 cp / j
FRUOL 156 1 cp x 2 / j

12000x6

7695 Cordarone 10 1 cp

11400x3 Crestor 5 mg 1 cp / j

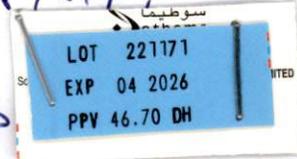
12600x3 Cilentrin 10 1 cp / j

4670 - Zylone 100 1 cp / j

35700x4 - Alprazolam 0.5 1/2 cp 15 jours

4220 - Celefixe 1 gel.

182200AT - Trans F2 de Zimm



Vertical stamp: Dr. Mustapha ATLAB, 119 Bd Abdelmoumen, 1er étage N°4, Casablanca - Tél: 0522 20 94 02 - Urgence: 0661 06 29 52 - Email: mustalab@yahoo.fr

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alprazolam 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530



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

LOT 213071 1
EXP 12/2024
PPV 35.70

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alprazolam 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530



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

LOT 213071 1
EXP 12/24
PPV 35.70

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alprazolam 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530



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

LOT 213071 1
EXP 12/24
PPV 35.70

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alprazolam 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530



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

LOT 213071 1
EXP 12/24
PPV 35.70



IRVEL[®]
Irbésartan

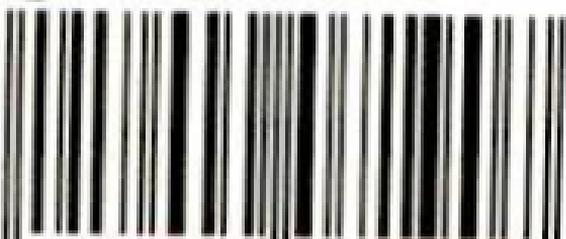


28 comprimés pelliculés

Voie Orale

120,00

IRVEL[®] 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 1 18000 071907



IRVEL[®]

Irbésartan

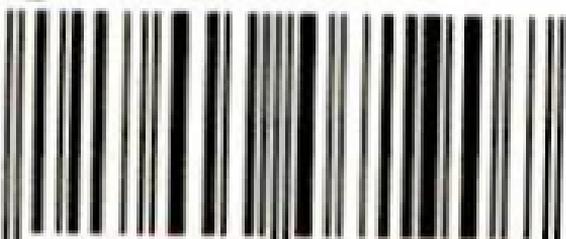


28 comprimés pelliculés

Voie Orale

120,00

IRVEL[®] 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 1 18000 071907



IRVEL®

Irbésartan

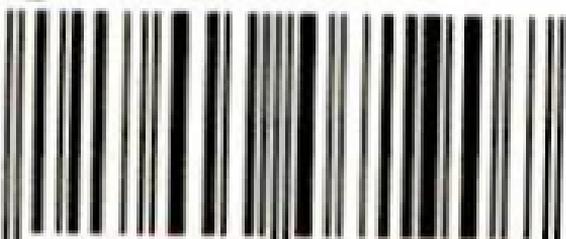


28 comprimés pelliculés

Voie Orale

120,00

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 1 18000 071907



IRVEL[®]
Irbésartan

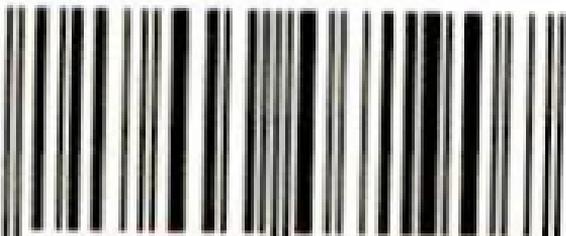


28 comprimés pelliculés

Voie Orale

120,00

IRVEL[®] 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 1 18000 071907



IRVEL[®]
Irbésartan

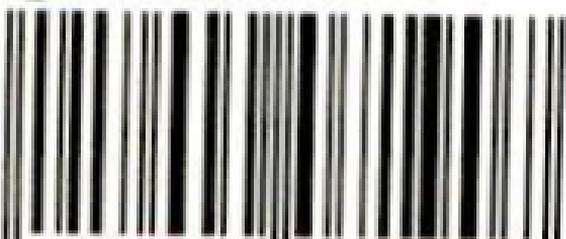


28 comprimés pelliculés

Voie Orale

120,00

IRVEL[®] 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 1 18000 071907

IRVEL®
Irbésartan

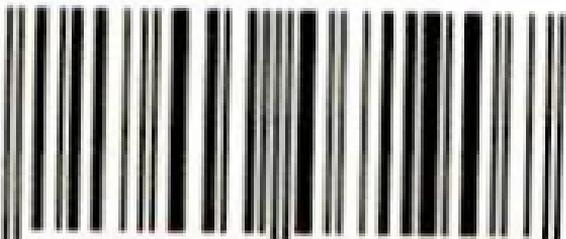
28 comprimés pelliculés

Voie Orale



120,00

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 1 18000 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 التأكيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردنسيال + 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

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

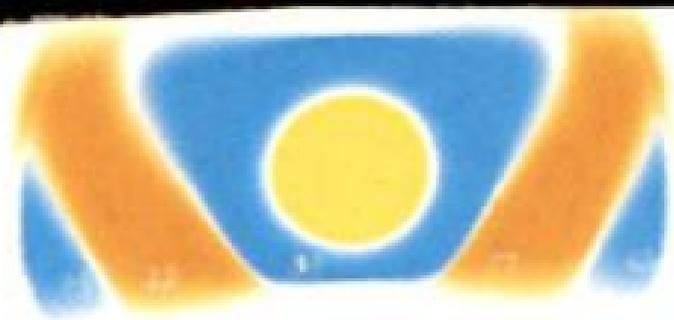


Cardensiel® 10 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30



PPV: 76,90 DH

7862160242



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

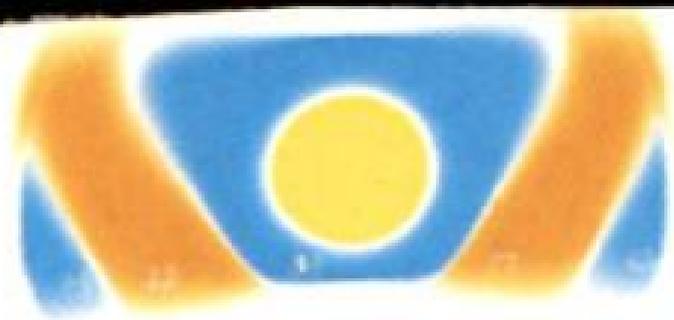
**30 comprimés
pelliculés**

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[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

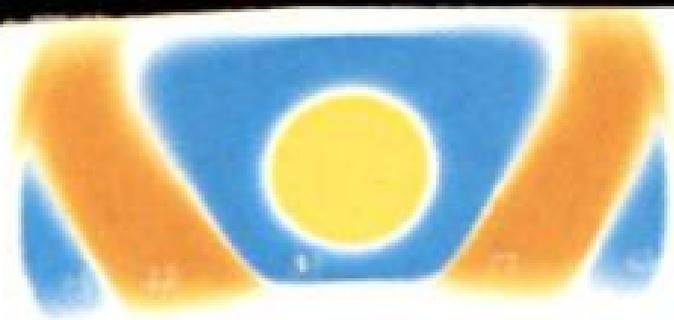
Voie Orale

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



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

6 118001 183104



CRESTOR[®]
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^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

Inde

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

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

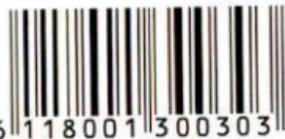
احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا[®]
إيسيتالوبرام

CILENTRA[®] 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^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

Inde

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

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

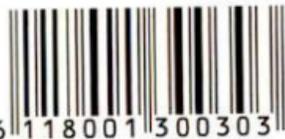
احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا[®]
إيسيتالوبرام

CILENTRA[®] 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^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

Inde

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

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

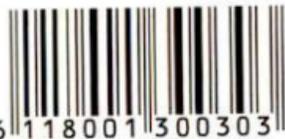
احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا[®]
إيسيتالوبرام

CILENTRA[®] 10 mg 

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملغ

28 قرصا ملبسا قابلا للكسر
عن طريق الفم



CALCIFIX[®]
CALCIUM + VITAMINE

CALCIFIX[®]
CALCIUM + VITAMINE



42,20

CALCIFIX D₃

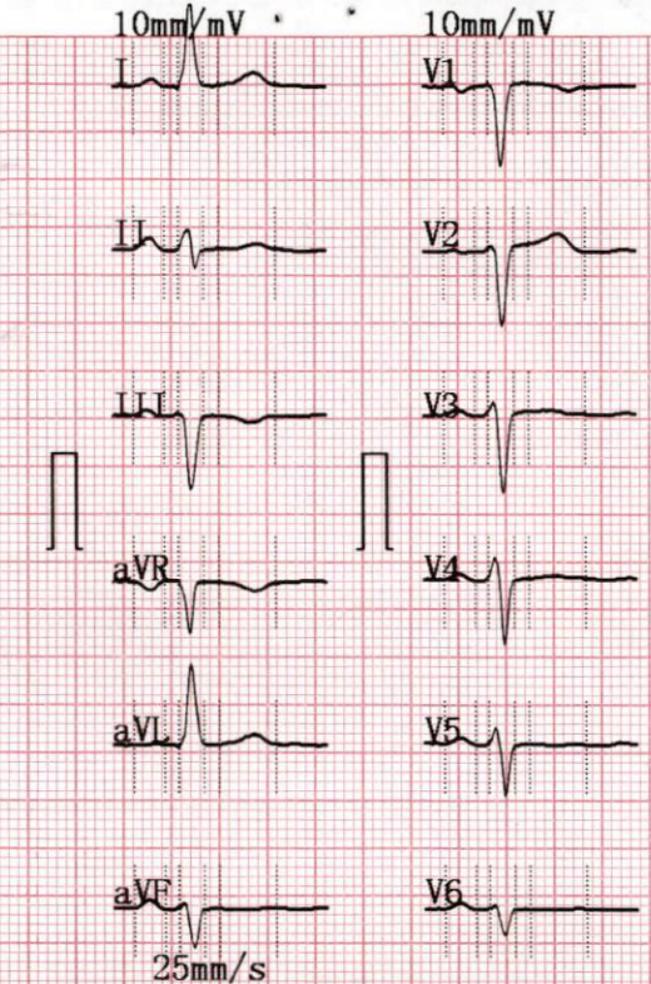
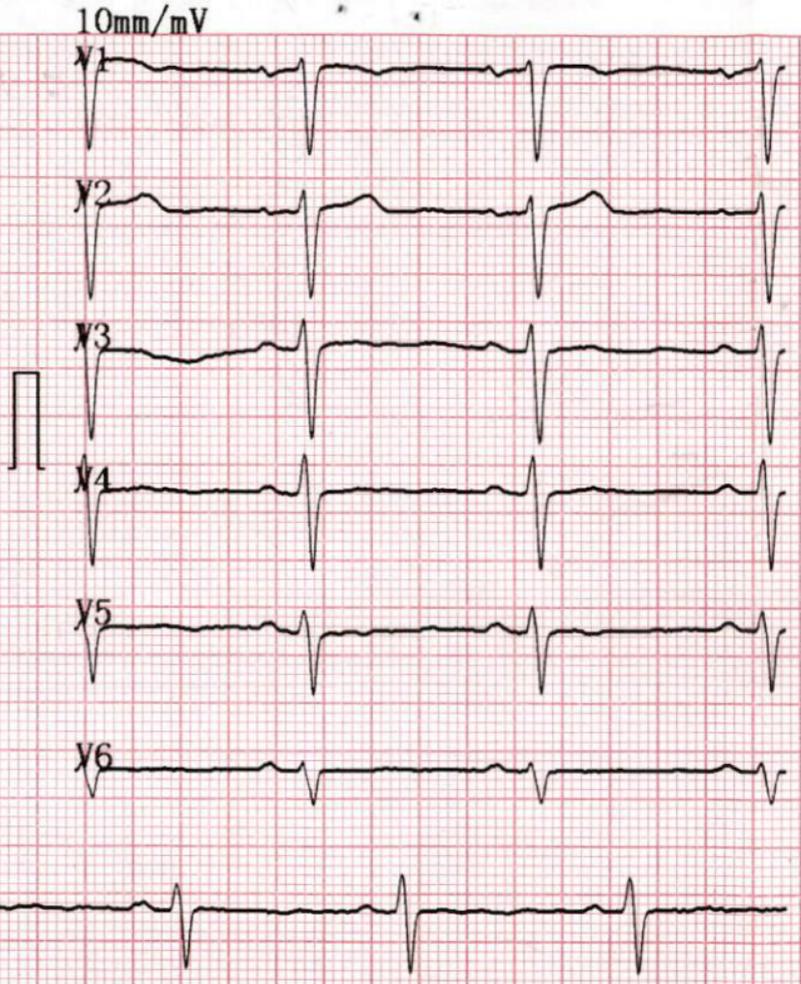
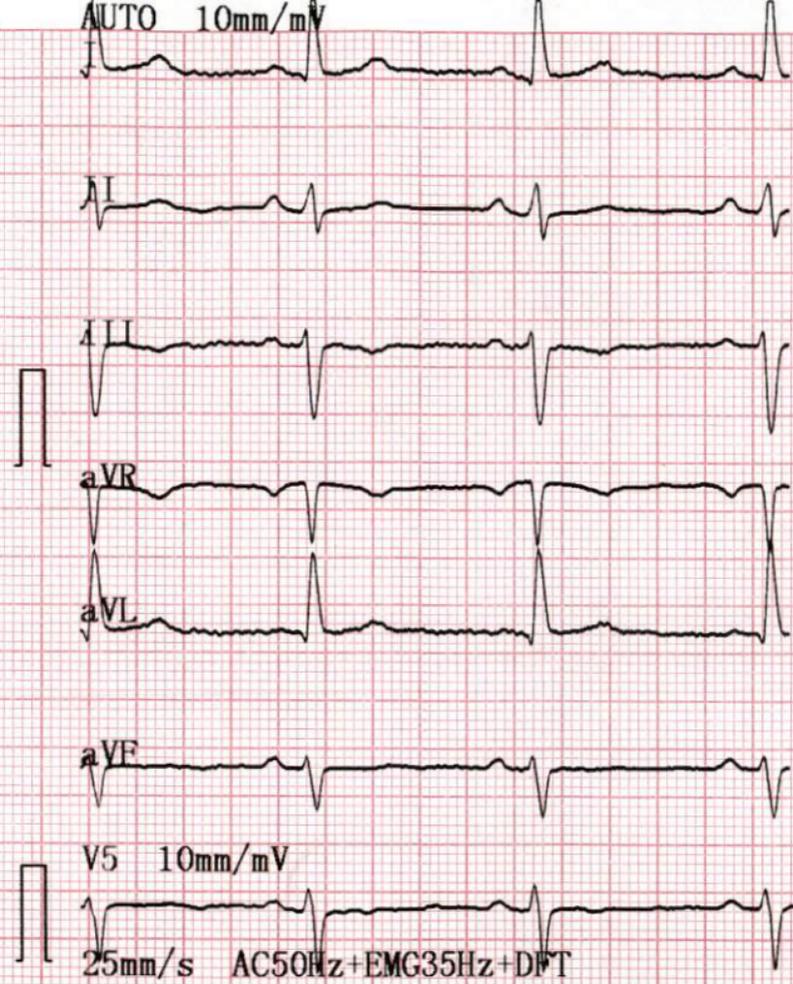
30 comprimés



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 والكلى
119, Bd Abdoumoumen
Tél: 05 22 20 94 02 - 1er Etage N°4
Urgence: 06 61 05 29 32