

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 canaux, 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 canaux.

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

N° P19- 0043971 / 2535

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2535 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Jeune
 Nom & Prénom : CHAHID - CHAMA
 Date de naissance : 1946
 Adresse :
 Tél. : 06 67 67 25 69 Total des frais engagés : 1174,10 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/02/2023
 Nom et prénom du malade : CHAHID CHAMA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Cardiaque
 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) :



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
08/02/23	G + EC		3000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/23	874,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

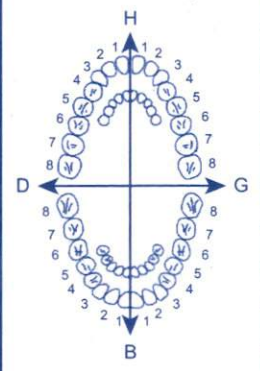
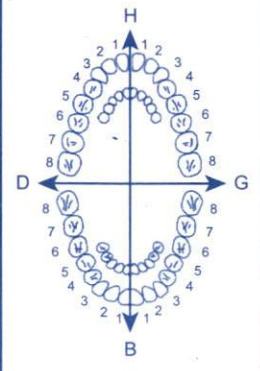
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DOCTEUR HANANE BOUTKHEM

**Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux**

**DIPLÔME D'ECHOCARDIOGRAPHIE
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX - FRANCE**

**HYPERTENSION ARTÉRIELLE - ECG
ECHO-DOPPLER COEUR CARDIAQUE ET VASCULAIRE
HOLTER TENSIONNEL - HOLTER RYTHMIQUE - EPREUVE D'EFFORT**



الدكتورة حنان بوتخامت

**اختصاصية في أمراض القلب
والشرايين وارتفاع الضغط الدموي**

**حاصلة على دبلوم الإيكوغرافيا
جامعة بورдо - فرنسا**

**تخطيط القلب - الفحص بالصدى والدوبلر بالألوان
تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي على مدى 24 ساعة
فحص الجهد**

الإسم : Mme CHAHID CHAMA

الدار البيضاء، في : 08/02/2023

177,00
① Coaprovel 300 mg / 25 mg

1 Comprimé par jour, après le repas

113,70
2 Daneriphex 20 mg

29,10
1 Comprimé, matin, avant les repas,

+4
3 - D-STRESS BOOSTER

1 sachet le matin et le soir, pendant 10 Jours puis 1 sachet
le matin, pendant 20 Jours

REGIME PEU SALE/ TRAITEMENT A NE PAS ARRETER
JUSQU'AU PROCHAIN RDV TRAITEMENT DE 03 MOIS

T = 874,10
PHARMACIE EL KART
Appt. 1 Imme. A 225 GH 27 Mouskabal
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 38 11



À consommer de préférence avant le :

Lot : 2253-01441
Av : 07/2025
PPC : 89 DH

HYPHADIET,

لا تقبل المراجعة بعد مرور أكثر من 10 أيام من

À consommer de préférence avant le :

Lot : 2253-01038
Av : 06/2025
PPC : 89 DH

HYPHADIET,

Lot : 2253-01441
Av : 07/2025
PPC : 89 DH

HYPHADIET,

Lot : 2153-02658
Av : 10/2024
PPC : 89 DH

HYPHADIET,

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادري، شقة 7 عمارة 4 - سيدي معروف -
Résidence Naim, Avenue Abou Bakr El Kadiri, Appt 7, Immeuble 4, Sidi Maârouf - Casablanca
Au dessus du centre de bijouterie les princesses
Tél. : +212 5 22 58 46 28 / Gsm : +212 6 48 27 11 97 / Email : cabinetcardiologiehanane@gmail.com

INPE : 091200071

comprimé pelliculé
irbésartan/hydrochlorothiazide

COAPROVÉL® 300 mg/25 mg

sanofi aventis

Sanofi-aventis Maroc
Rue de Rabat - R.P.1
Ain sebââ Casablanca
Co-aprovel 300mg/25mg

b28cp

P.P.V : 177,00 DH

Lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

Après avoir lu cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Si vous avez une question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien.

Ne donnez pas votre médicament à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.

Certains effets indésirables s'aggrave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez en à votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice:

1. Qu'est-ce que CoAprovel et dans quel cas est-il utilisé
 2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre CoAprovel
 3. Comment prendre CoAprovel
 4. Quels sont les effets indésirables éventuels
 5. Comment conserver CoAprovel
 6. Informations supplémentaires
- 1. QU'EST-CE QUE COAPROVEL ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ**

Classe pharmacothérapeutique

CoAprovel est une association de deux substances actives, l'irbésartan

CoAprovel ne doit pas être donné aux enfants et aux adolescents (de moins de 18 ans).

Précautions d'emploi : mises en garde spéciales

Faites attention avec CoAprovel

Prévenez votre médecin si une des situations suivantes se présentent:

- si vous souffrez de **problèmes rénaux**, ou si vous avez une **greffe de rein** ;
- si vous souffrez de **problèmes cardiaques** ;
- si vous souffrez de **problèmes hépatiques** ;
- si vous souffrez d'un **diabète** ;
- si vous souffrez d'un **lupus érythémateux** (connu aussi sous le nom de **lupus** ou **LED**) ;
- si vous souffrez d'**hyperaldostéronisme primaire** (une condition liée à une forte production de l'hormone aldostérone, qui provoque une rétention du sodium et par conséquent une augmentation de la pression artérielle).

Vous devez informer votre médecin si vous pensez être (ou susceptible de devenir) **enceinte**. CoAprovel est déconseillé en début de grossesse, et ne doit pas être pris si vous êtes à plus de 3 mois de grossesse, car il peut entraîner de graves problèmes de santé chez l'enfant à naître s'il est utilisé au cours de cette période (voir la rubrique grossesse).

Vous devez également prévenir votre médecin:

- si vous suivez un **régime hyposodé** (peu riche en sel) ;
- si vous avez des signes, tels que **soif anormale**, **bouche sèche**, **faiblesse générale**, **somnolence**, **douleurs musculaires** ou **crampes**, **nausées**, **vomissements** ou **batttements du coeur anormalement rapides** qui pourraient indiquer un effet excessif de l'hydrochlorothiazide (contenu dans CoAprovel) ;

- si vous ressentez une **sensibilité accrue de votre peau au soleil** avec apparition de coup de soleil plus rapidement que la normale (symptômes tels que rougeur, démangeaison, gonflement, cloque) ;