

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05140**

Société : **Ram** 181904

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BARRANE HAMID**

Date de naissance : **31/05/1963**

Adresse : **27 Rue BAHAE SANJARI NAIF CASA**

Tél. : **099873904**

Total des frais engagés : **123,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Marrakech Casablanca**

Date de consultation : **10/10/2023** Age : **60**

Nom et prénom du malade : **BARRANE HAMID**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : **08/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Actes	CS	300 DH	DR. MOHAMED SOHEIR Fatima CARDIOLOGUE 230 Bd Brahim Roudani Maârif - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ET PARAPHARMACIE ROUTE D'EL JADIDA 240, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél. 05 22 09 37 46	10/10/23	973,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, 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	
			MONTANTS DES SOINS

Coefficient DES TRAVAUX	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	
			Coefficient DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B G	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Diplômée de la faculté de Lyon

Ex Assistante attachée de l'hôpital cardiologique de Lyon- Ex chef de service de cardiologie à la CNSS

Membre de la société française de cardiologie

Échodoppler cardiaque et vasculaire - Epreuve d'effort - Holter rythmique et tensionnel

Casablanca le : 10/10/2023

Mme BARRANE Hamid.



180,50

1) Tareq 160.
rip retin



248,00 x 3

2) Berehite 250
1 BX 2



49,20

3) ameps
rip le binc

TT le trois

973,70

Dr ZOHEIR Fatima
CARDIOLOGUE
230, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca

230, شارع إبراهيم روداني طريق الجديدة - المعاريف - الدار البيضاء
230, Boulevard Brahim Roudani Ex Route d'El jadida, Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 25 21 81



TAREG® 160 mg

28 Comprimés pelliculés

Voie orale

MISE EN GARDE SPECIALE :
Lire attentivement la notice



TAREG® 160 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

الذئبة [] يصرخ فقط بمحنة وحشة طيبة
احترموا المقاييس الموصولة

COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

يحتوي كل قرص مغلف على 160 ملг
Valsartan..... 160,00 mg
من فالسارتان
Pour un comprimé pelliculé

PRECAUTION PARTICULIERE DE CONSERVATION :

A conserver à température ne dépassant pas 30 °C
A conserver dans l'emballage extérieur à l'abri de l'humidité
Voir la notice pour plus d'informations
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية. يحفظ الدواء داخل العلبة بعيداً عن الرطوبة.
 يجب فراغة النشرة قبل استعمال الدواء.



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

EXP
LOT

03 2026
B8899N

2185

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 650590
118001 141104

Voie inhalée

LES DOSES PRESCRITES
seulement sur ordonnance

SERETIDE
250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

propionate de fluticasone/
salmétérol

250
microgrammes par dose

SERETIDE
Diskus
propionate de fluticasone/
salmétérol

Poudre pour inhalation en récipient unidose
SYSTÈME NON RECHARGEABLE



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 650590
118001 141104

Voie inhalée

LES DOSES PRESCRITES
seulement sur ordonnance

SERETIDE
250
/50 microgrammes
microgrammes
par dose

propionate de fluticasone/
salmétérol

250
/50 microgrammes par dose

SERETIDE
Diskus
propionate de fluticasone/
salmétérol

Poudre pour inhalation en récipient unidose
SYSTÈME NON RECHARGEABLE



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 248,00 DH
ID: 650590
118001 141104

Voie inhalée

LES DOSES PRESCRITES
seulement sur ordonnance

SERETIDE
250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

propionate de fluticasone/
salmétérol

250
microgrammes par dose

SERETIDE
Diskus
propionate de fluticasone/
salmétérol

Poudre pour inhalation en récipient unidose
SYSTÈME NON RECHARGEABLE



٤٩١٤٠

٥ ملء
من طرف اليم

قرصاً
٢٨ ×

AMEP® 5mg
28 comprimés

COOPER
PHARMA

AMEP®
amlodipine
Comprimés/Tablets/ قرصاً ٢٨ ×

6 118000 081524