

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-819708

Couvert 1821 1821

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : *1818* Cadre réservé à l'adhérent (e)

Actif. Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : *ABOUEZ BOUROUF AHMED*

Date de naissance : *30/06/1951*

Adresse : *7 Salongat 1 N 1572 ASR JOUR*

Tél. : *0662 353243* *0662 4604140* Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *25/9/13*

Nom et prénom du malade : *ABOUEZ BOUROUF AHMED*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *ADC 019 - par 100A - Diabète*

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 : *Allal Ben Abdellah* Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
25/09/23	CS + ECG		200 DDT	INP : [REDACTED] DR. Richard ABOUJA CARDIOLOGUE Rue Imam Malik Résidence Al Masjid 1er Etage Appart N° 4 - Marrakech Tel: 05 24 43 05 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HILAL DE MARRAKECH TAZI INPE 72005622	25/09/23	123.2,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient des travaux [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Montants des soins [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Début d'exécution [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Fin d'exécution [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient des travaux [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Montants des soins [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Date du devis [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Date de l'exécution [REDACTED]

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D:	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11423553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Hicham ABOUTAYEB

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Ancien Cardiologue à l'hôpital Militaire
ECG - Echo - Doppler couleur - Cardiaque
et vasculaire
Holter tensionnel et Rythmique
Epreuve d'effort



الدكتور هشام أبو طيّب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

تخطيط القلب، الفحص بالصدى والدوبلير

تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي

Marrakech, le :

مراكش، في 25 septembre 2023

Mr. ABOU EL MOUROUA AHMED

142,70 x 3

SP SV

COVERSYL 10MG

27,70 x 3 1 cp par jour

CARDIOASPIRINE 100 MG

SP SV

154,10 x 3 1 cp le matin

ROSOVASSUN 10 MG

38,90 x 1 1 cp le soir

CALCINIB 10 MG

1cp le soir

PHARMACIE
AL MULAL
El-Khalidie
Marrakech • Tel. : 05 24 43 08 15
Fax : 05 24 43 08 15
J1-J4 : vendredi 10h-12h / 14h-17h
J5-J6 : vendredi 10h-12h / 14h-17h
Samedi 10h-12h

Traitements pendant : 3 Mois

1238,00

الدكتور هشام أبو طيّب
Dr. Hicham ABOUTAYEB
CARDIOLOGUE
9, Rue Imam Malek Résidence Al Masjid
1er Etage App. N° 4 - Marrakech
Tél : 05 24 43 08 15

9, شارع إمام مالك إقامة المسجد الطابق الأول رقم 4 - جليز - مراكش

9, Rue Imam Malek, Résidence Al Masjid, 1er Etage App. N° 4 (à côté de la mosquée) - Guéliz
Marrakech - Tél. : 05 24 43 08 15 - E-mail : hichamaboutayeb@hotmail.com

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70
Bayer S.A.



6 118001 090280

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé

contient 10 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé

pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

**Posologie, indications,
contre-indications, précautions
d'emploi et effets indésirables :** lire
attentivement la notice interne.



SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

النقطة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

30 Comprimés pelliculés

10 mg



6 118000 100300

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé

contient 10 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé

pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

**Posologie, indications,
contre-indications, précautions
d'emploi et effets indésirables :** lire
attentivement la notice interne.



SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

النقطة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine

30 Comprimés pelliculés

10 mg



6 118000 100300

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés **10 mg**

30

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé

contient 10 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé

pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

**Posologie, indications,
contre-indications, précautions
d'emploi et effets indésirables :** lire
attentivement la notice interne.



SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

النقطة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

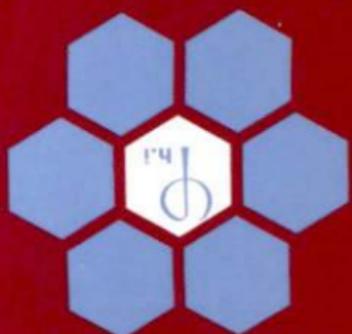
Péridopril arginine

30 Comprimés pelliculés

10 mg



6 118000 100300



ل.م.ج 28



ج.م.د.ل.ا| ج.م.د.ل.

ج.م.د.ل.ا| ج.م.د.ل.



Fabriqué par : Les laboratoires PHARMACEUTICAL INSTITUTE

ص.ب. 4491-12100 , Ain El Aouda - Maroc عن العودة - المغرب

الصيحي المسؤول: مريم الصدراني

h.i Maria SEDRATI Pharmacien Responsable

Liste I

فلمة |

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
يجب احترام الجرعات المحددة

COMPOSITION
 Amiodipine (DCI) bésylate 10 mg
 Excipients q.s.p. 1 comprimé

بيسليات الأمليوديبين 10 مع 1 قرص

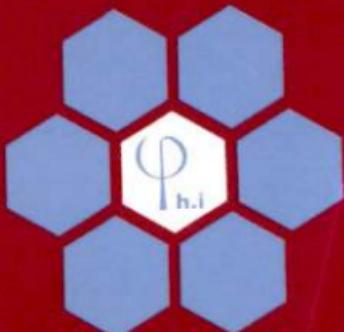
AMM N° 301/14DMP/21/NRC

CALCINIB® 10mg

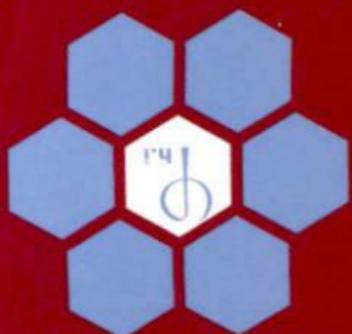
Bésylate d'Amiodipine

LOT: 083
 PER: SEP 2025
 PPV: 75 DH 20

28 Comprimés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE



ل.م.د 28



ج.م.د.ل.م.ا| ج.م.د.ل.م.ا

ج.م.د 10 داروا



Fabriqué par : Les laboratoires PHARMACEUTICAL INSTITUTE

من، بـ، 4491-12100، Ain El Aouda - Maroc عن العودة - المغرب

الصيحي المسؤول: مريمية المصاوي

h.i Maria SEDRATI Pharmacien Responsable

Liste I

فلمة |

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
يجب احترام الجرعات المحددة

COMPOSITION

Amlodipine (DCI) bésylate 10 mg
Excipients q.s.p. 1 compriméبيسلياتamlodipine 10 مع
مواعيد كل 1 فرض

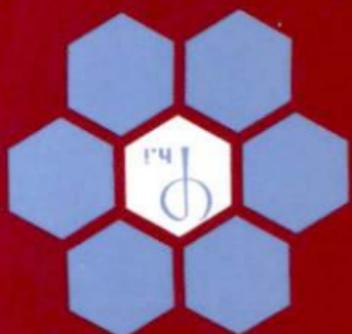
AMM N° 301/14DMP/21/NRC

CALCINIB® 10mg**Bésylate d'Amlodipine**LOT: 083
PER: SEP 2025
PPV: 75 DH 20

28 Comprimés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE



ل.م.د 28



ج.م.د.ل.م.ا| ج.م.د.ل.م.ا

ج.م.د.ل.م.ا| ج.م.د.ل.م.ا



Fabriqué par : Les laboratoires PHARMACEUTICAL INSTITUTE

من، بـ، 4491-12100، Ain El Aouda - Maroc عن العودة - المغرب

الصيحي المسؤول: مريمية المصطفى

h.i Maria SEDRATI Pharmacien Responsable

Liste I

فلمة |

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
يجب احترام الجرعات المحددة

COMPOSITION
 Amiodipine (DCI) bésylate 10 mg
 Excipients q.s.p. 1 comprimé

ببسيلات الأمليوديبين 10 مع 1 قرص

AMM N° 301/14DMP/21/NRC

CALCINIB[®] 10mg

Bésylate d'Amiodipine

LOT: 083
 PER: SEP 2025
 PPV: 75 DH 20

28 Comprimés

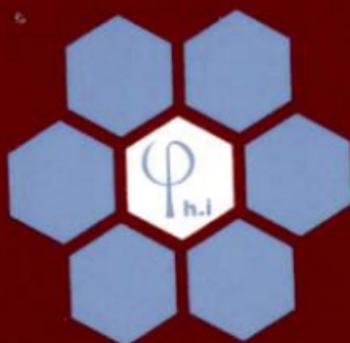


PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CALCINIB[®] 10mg

Bésylate d'Amlodipine

14 Comprimés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur

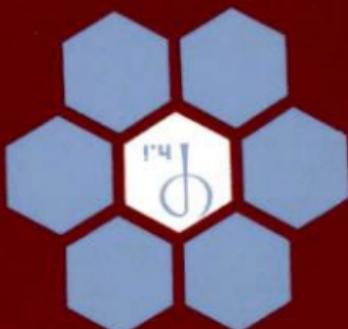
Voie orale

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une température ≤ 30 °C

Ne pas laisser à la portée des enfants

دوعي الاستعمال والمقدار
التزموا بوصفة طيبكم إنتما دقيقا
شروط الاستعمال
أنظر الشارة بداخله
عن طريق الفم
الحافظة
لتجنب الاختناط بهذا الدواء في درجة
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال



૧૪



CALCINIB 10mg 14 comprimés



Rosuvastine[®]

ROSUVAS[®] SUN

Rosuvastatine



10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Composition:
Rosuvastatine calcium (DCI)
Équivalent en Rosuvastatine 10 mg
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.

Exipient à effet notable: Lactose

Indications, Contre-indications, Posologies & Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

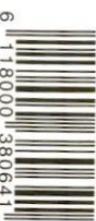
Né pas laisser à la portée et la vue des enfants.

التركيبة:
روزوفاستاتين كالسيوم (DCI) 10 ملجم
المحتوى الدوائي والادسنس 10 ملجم
الاسبراغن 10 ملجم كل قرص منزدوج
سماري تغطية كاكوية لكل قرص منزدوج.
الإرشادات 10 ملجم كل قرص منزدوج
الاحتياطات عن متناول رزبة الاطفال.
يحتوي بعضاً عن متناول رزبة الاطفال.

روزوفاستاتين[®] صان

روزوفاستاتين

ملبغ
10



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

6 118000 380641

30 قرص منزدوج
عن طريق الفم

LOT : 231056
EXP : 06/2025
PPV : 154DH10

Rosuvastine[®]

ROSUVAS[®] SUN

Rosuvastatine



10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Composition:
Rosuvastatine calcium (DCI)
Équivalent en Rosuvastatine 10 mg
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.

Exipient à effet notable: Lactose

Indications, Contre-indications, Posologies & Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Né pas laisser à la portée et la vue des enfants.

التركيبة:
روزوفاستاتين كالسيوم (DCI) 10 ملجم
المحتوى الدوائي والادسنس 10 ملجم
الاسبراغن 10 ملجم كل قرص منزدوج
سماري تغليف موزع الاستعمال العبوة
الارصادات موزع الاستعمال العبوة
المحتويات عن طريق الفم الماء الماء
يعطى بحوالى عن مقدار روزوفاستاتين

ROZUVAS[®] SUN 10 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés

ملحق 10



6 118000 380641

30 قرص ملمس
عن طريق الفم

روزوفاستاتين

روزوفاستاتين[®]

صان

LOT : 231056
EXP : 06/2025
PPV : 154DH10

Rosuvastine[®]

ROSUVAS[®] SUN

Rosuvastatine



10 mg

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

Composition:
Rosuvastatine calcium (DCI)
Équivalent en Rosuvastatine 10 mg
Excipients q.s.p. un comprimé pelliculé.

Exipient à effet notable: Lactose

Indications, Contre-indications, Posologies & Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

Né pas laisser à la portée et la vue des enfants.

التركيبة:
روزوفاستاتين كالسيوم (DCI) 10 ملجم
المحتوى الدوائي والادسنس 10 ملجم
الاسبراغن 10 ملجم كل قرص منزدوج
سماري تغليف موزع الاستعمال العبوة
الارصادات موزع الاستعمال العبوة
المحتويات عن طريق الفم الماء الماء
يعطى بحوالى عن مقدار روزوفاستاتين

ROZUVAS[®] SUN 10 mg

Boîte de 30 comprimés pelliculés

ملحق 10



6 118000 380641

30 قرص ملمس
عن طريق الفم

روزوفاستاتين

روزوفاستاتين[®]

صان

LOT : 231056
EXP : 06/2025
PPV : 154DH10