

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° W19-471892

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) W1912

Matricule : W1912 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUILLI AYA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassane MIR
Cardiologue
Bd. Anfa 79 Rue Jaber B. Hayate
Tél. 05 22 22 21 34 / 58 - Casablanca
091113209

Date de consultation : 17/11/2023

Nom et prénom du malade : CHOUILLI AYA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

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.

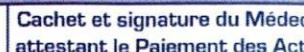
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

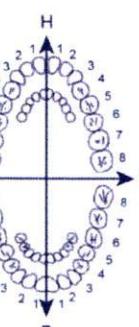
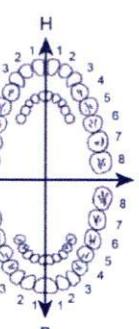
Signature de l'adhérent(e) : AYA

Le : / /

R ACC

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
17/11/23	Ent. ECO	3 x 10	30.00	INP : 123456789  

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie <i>El d'afia</i> Benhayoune Benjelloun Raja Docteur en Pharmacie 10 Bd. J. Afia - CASA</p>	17/11/13	679,00

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 <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					INP : <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																													
MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																													
DEBUT D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																													
FIN D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																												
		H	25533412	21433552																																																																									
		D	00000000	00000000																																																																									
			35533411	11433553																																																																									
		G																																																																											
		B																																																																											
		MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																											
		DATE DU DEVIS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																											
DATE DE L'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																													
[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																																																																													

Docteur MIR HASSANE

Maladies du Coeur et des vaisseaux CARDIOLOGUE

Diplômé des Universités de Paris V et VI
Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 17/11/2023

Mme. CHOULLI Aya

224,00X3

EXFORGE 5/160 mg : 1 comp. par jour le matin

*** Q.S.P. 3 mois ***



Dr. Hassane MIR
Cardiologue
Benhayoune Benjelloun Raja
Docteur en Pharmacie
104, Bd ANFA - Casablanca
Ed. Anté 79 Rue Jaber B. Hayane CASA
Tél: 0522222134/0520070709
0664514961 Urgences : 0661 13 83 31
00168117200008 INP : 091113209

Adresse : N° 79 rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA
(en face de la commune Sidi Beyout), CP 20020, Casablanca

Bur : 0522222134 -0520070709 Bur mobile : 0664514961 Urgences : 0661 13 83 31
ICE : 00168117200008 INP : 091113209 - Email : cabinetmir@gmail.com

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملг

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 160 ملг من فالسارتان



Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

02 2025
BCYL2

3608

EXP
LOT

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملг

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 160 ملг من فالسارتان



Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

02 2025
BCYL2

3608

EXP
LOT

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملг

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيداً عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملг من أملوديبين و 160 ملг من فالسارتان



Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

02 2025
BCYL2

3608

EXP
LOT

Nom : CHOULI AYA

Sexe : Femme Clinique

Age : 44Y Lit:

SN: 0008893 Servi:

Date: 17/11/2023 à 1:43:05

p-77

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	148 ms
Temps d'échantillon	19 s	Intervalle QT	413 ms
HR:	71 bpm	Intervalle QTc	448 ms
Intervalle P	110 ms	Axe P	35,2°
Intervalle QRS	93 ms	Axe QRS	1,3°
Intervalle T	249 ms	Axe T	34,5°

Prompt:

ECG normal

Dr. Hassane MIR
Cardiologue
Bab El Oued 79 Rue Jaber B. Hayane
Tél: 05 22 21 34 / 58 - Casablanca
Tél: 05 22 21 34 / 58 - Casablanca

Signature du médecin : Dr Hassane MIR

