

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.

M23-0023225

Maladie

Dentaire

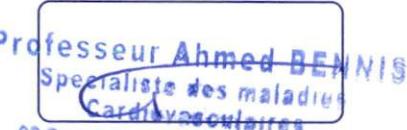
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	8729	Société :	RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 95852
Nom & Prénom :		NAYAN Zahra	
Date de naissance :		26.02.1967	
Adresse :		Villa 286 lot FERDA	Hte Sid. Nael
		Le 19.03.2010	Capitaine
Tél. :		06.61.31.06.57	Total des frais engagés : 1387 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20.02.2010	Age:	
Nom et prénom du malade :	Professeur. ZAKIR		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : / /

"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
20/02 2021	consultation spécialiste cardiologue tel. 0522 15 22 15	3000	3000	Ahmed B maladie cardiovasculaire tel. 0522 15 22 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMACE FLORIDA Dr. Sidi Maâouf - Casa otissement - Lot. 281 Sidi Maâouf - Casa Casablanca 0524 32 19 59 0524 24 75 52	20/02/24	1087,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

[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



Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 20/02/2024

M. ZAKARIA MADKOUR

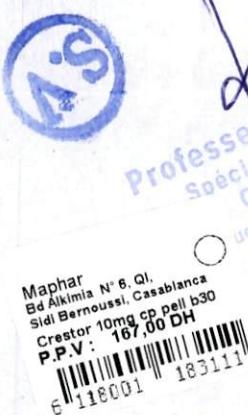


1) TRIPLEXAM 10/2.5/10 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 4 mois

2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 4 mois Lundi et jeudi



PHARMACIE FLORIDA
Dr. ZIAD Mounia
Lotissement Florida - Casa
Sidi Maknouf - Casablanca
Tél/Fax: 05222321959

8001089C103002

**30 comprimés
pelliculés**

comprimés pelliculés
périmodopril arginine/
indapamide/amlodipine

10mg/2,5mg/10mg

TRIPLIXAM®

Lot n° /
Fabrication date
Expiry date /
رقم الإنتاج /
تاريخ إنتاج /
Fabrication date /
Expiry date /

727523
05 / 2023
05 / 2025

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca



AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103002

,

8001089C103002

**30 comprimés
pelliculés**

comprimés pelliculés
périmodopril arginine/
indapamide/amlodipine

10mg/2,5mg/10mg

TRIPLIXAM®

Lot n° /
Fabrication date
Expiry date /
رقم الإنتاج /
تاريخ إنتاج /
Fabrication date /
Expiry date /

727523
05 / 2023
05 / 2025

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca



AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103002

,

8001089C103002

**30 comprimés
pelliculés**

comprimés pelliculés
périmodopril arginine/
indapamide/amlodipine

10mg/2,5mg/10mg

TRIPLIXAM®

Lot n° /
Fabrication date
Expiry date /
رقم الإنتاج /
تاريخ إنتاج /
Fabrication date /
Expiry date /

727523
05 / 2023
05 / 2025

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca



AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103002

8001089C103002

**30 comprimés
pelliculés**

comprimés pelliculés
périmodopril arginine/
indapamide/amlodipine

10mg/2,5mg/10mg

TRIPLIXAM®

Lot n° /
Fabrication date
Expiry date /
رقم الإنتاج /
تاريخ إنتاج /
Fabrication date /
Expiry date /

727523
05 / 2023
05 / 2025

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103002



8001089C103002

**30 comprimés
pelliculés**

comprimés pelliculés
périmodopril arginine/
indapamide/amlodipine

10mg/2,5mg/10mg

TRIPLIXAM®

Lot n° /
Fabrication date
Expiry date /
رقم الإنتاج /
تاريخ إنتاج /
Fabrication date /
Expiry date /

727523
05 / 2023
05 / 2025

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

AMM n° 502/17 DMP/21 NNP
8001089B103002



MADKOUR ZAKARIA

Né(e) le _____
Age _____
Sexe _____
Taille cm
Poids kg
Origine _____
PA _____
Remarque _____

FC 76 /min

Intervalles

RR 793 ms

P 136 ms

PR 208 ms

QRS 96 ms

QT 388 ms

QTc 436 ms

(Bazett)

Axes

P 6 °

QRS -15 °

T 29 °

P (II) 0.06 mV

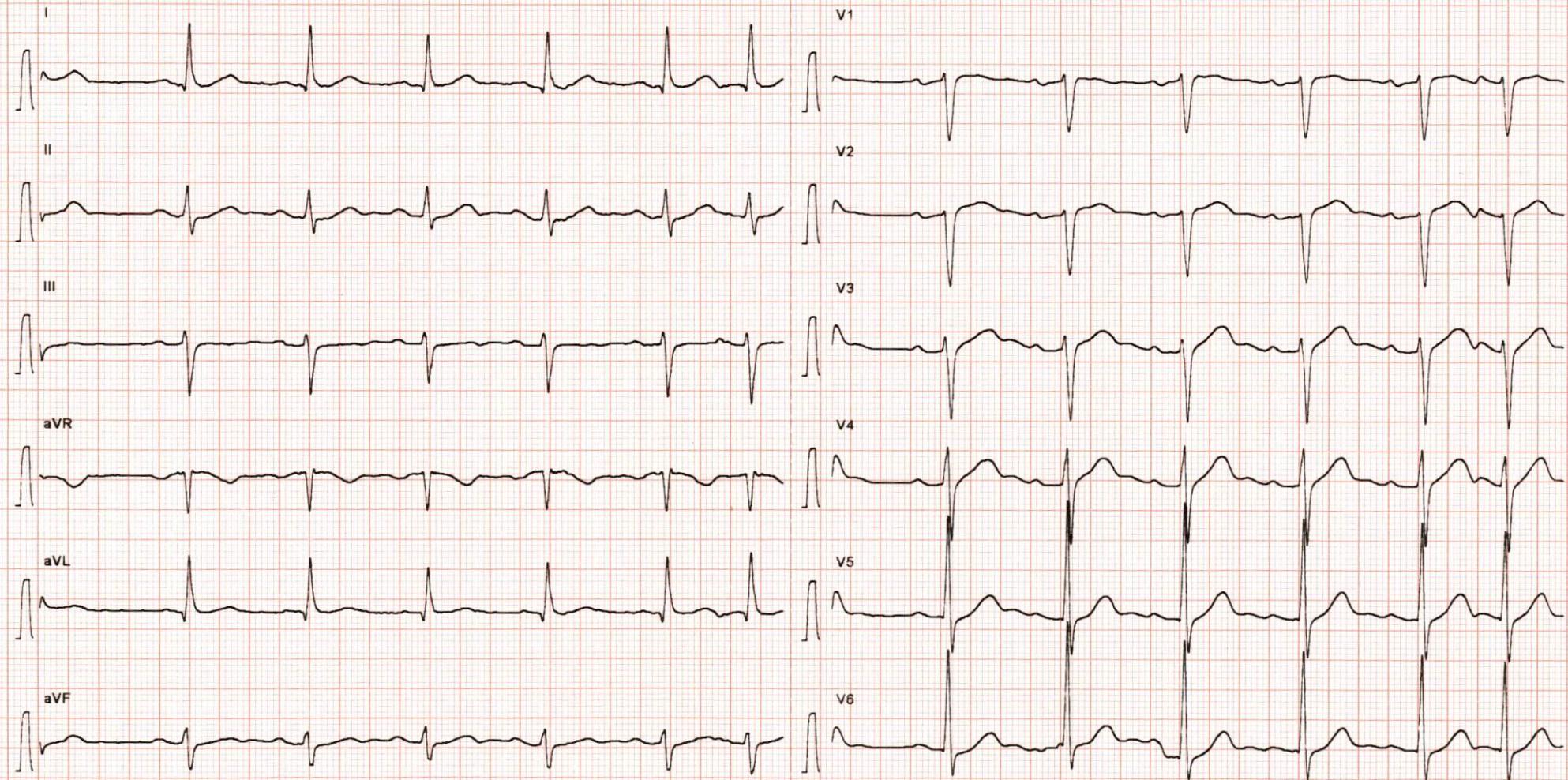
S (V1) -1.03 mV

R (V5) 2.27 mV

Sokol. 3.47 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, EXTRASYSTOLE(S)
SUPRAVENTRICULAIRE(S), POSITION GAUCHE, ECG DANS LES
LIMITES DE LA NORMALE

R16 02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s