

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

- Reclamation : 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° W21-771084

202646

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 646 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FATEME AHMED
 Date de naissance :
 Adresse : 146 Av Prince Heritier, Les AL KARAMA
 Etage 2 N° 38 Tanger
 Tél. : 0539842488 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/04/2024
 Nom et prénom du malade : LAHLOU MARA
 Age : 1954
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HT Palpitations
 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 : Tanger Le : 15 / 04 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) :

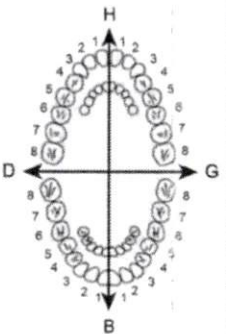
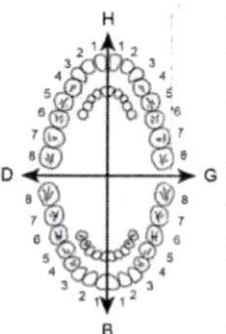
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
15/04/2024	Cs + ECG		3.00 DH	INP : 161178679 Dr. Amal BOUSSOLINI Cardiologue - Tél: 06 59 54 26 84

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/04/24	9.00,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B			
	H		G																									
	25533412	21433552	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																										
	B																											
	[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																								

Dr. Amal BOUSSOUNI

Spécialiste des maladies du
coeur et des vaisseaux
hypertension artérielle
Diplômée en Echocardiographie
Doppler de l'université de Bordeaux



الدكتورة أمل بوسوني

اختصاصية في أمراض القلب والشرابيين
وارتفاع الضغط الدموي
دبلوم إكوغرافيا القلب والدوبلير من
جامعة بوردو - فرنسا

Tanger le 15/04/2024

Mme Lablou Monica

$100,00 \times 4 = 400,00$

Fibrocord 180mg

1 gel/jr

le matin (4 mois)

$114,10 \times 3 = 342,30$

crestol 5mg

1 gel/jr

le soir

(4 mois)

$27,70 \times 3 = 83,10$

Canclioaspirine

1 gel/jr après

le déjeuner (4 mois)

$21,30$

Rimonicine

1 sachet x 3/jr

(1ste)

$54,00$

Primalan 10mg

1 gel/jr le soir

(1ste)

900,70

شارع مولاي يوسف - زنقة كريكو إقامة زيري الطابق الأول (قرب بنك BMCI ، أمام صيدلية أريحا) - طنجة

Avenue moulay youssef rue greco Res Ziri 1^{er} étage (prés de la Banque BMCI , en face de la pharmacie Ariha) Tanger

البريد الإلكتروني : dr.boussouni@gmail.com - Tél : 05 39 94 26 84

PHARMACIE BISMALAH
12, Av. Moulay Youssef 1^{er} étage
Tél: 05 39 94 10 19
INPE: 1620 9950
ICE: 00155507 000077

د. أمل بوسوني
Dr. Amal BOUSSOUNI
اختصاصية في أمراض القلب والشرابيين
Cardiologue - Tél: 05 39 94 26 84

الدكتورة أمل بوسوني
Dr. Amal BOUSSOUNI
اختصاصية في أمراض القلب والشرابيين
Cardiologue - Tél: 05 39 94 26 84

Fibrocard® 180 mg



FIBROCARD 180 mg
30 gélules

Farmaceutica MAO

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 221 19 4

EXP 09 2026

PPV 100.00 DH

Voie Orale

SMB

30 gélules

Fibrocard® 180 mg

Fibrocard® 180 mg
30 gélules

SMB

E11026B00

سوطيما
Sothema

Fabriqué par SMB
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1- Bouskoura
L.TAZI Pharmacien Responsable

L
Litho Typo

Fibrocard® 180 mg

30 gélules

SMB

Minigranules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Fibrocard® 180 mg



Formule :
Chlorhydrate de verapamil180,00 mg
Excipientsq.s.p. 1 gélule

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I
Uniquement sur ordonnance

Ne pas laisser les médicaments à la portée et à la vue des enfants.

Conserver à température comprise entre 15° et 25°

Posologie, indications, effets secondaires:
lire la notice d'information jointe

67x31x87
1

Fibrocard® 180 mg



FIBROCARD 180 mg
30 gélules

Fibrocard 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 221 19 4

EXP 09 2026

PPV 100.00 DH

Voie Orale

SMB

30 gélules

Fibrocard® 180 mg

Fibrocard® 180 mg
30 gélules

SMB

E11026B00

سوطيما
Sothema

Fabriqué par SMB
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1- Bouskoura
L.TAZI Pharmacien Responsable

L
Litho Typo

Fibrocard® 180 mg

30 gélules

SMB

Minigranules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Fibrocard® 180 mg



Formule :
Chlorhydrate de verapamil180,00 mg
Excipientsq.s.p. 1 gélule

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I
Uniquement sur ordonnance

Ne pas laisser les médicaments à la portée et à la vue des enfants.

Conserver à température comprise entre 15° et 25°

Posologie, indications, effets secondaires:
lire la notice d'information jointe

67x31x87
1

Fibrocard® 180 mg



FIBROCARD 180 mg
30 gélules

Fibrocard 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 221 19 4

EXP 09 2026

PPV 100.00 DH

Voie Orale

SMB

30 gélules

Fibrocard® 180 mg

Fibrocard® 180 mg
30 gélules

SMB

E11026B00

سوطيما
Sothema

Fabriqué par SMB
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1- Bouskoura
L.TAZI Pharmacien Responsable

L
Litho Typo

Fibrocard® 180 mg

30 gélules

SMB

Minigranules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Fibrocard® 180 mg



Formule :
Chlorhydrate de verapamil180,00 mg
Excipientsq.s.p. 1 gélule

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I
Uniquement sur ordonnance

Ne pas laisser les médicaments à la portée et à la vue des enfants.

Conserver à température comprise entre 15° et 25°

Posologie, indications, effets secondaires:
lire la notice d'information jointe

67x31x87
1

Fibrocard® 180 mg



FIBROCARD 180 mg
30 gélules

Pharmacie de l'AMU

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

LOT 221 19 4

EXP 09 2026

PPV 100.00 DH

Voie Orale

SMB

30 gélules

Fibrocard® 180 mg

Fibrocard® 180 mg
30 gélules

SMB

E11026B00

سوطيما
Sothema

Fabriqué par SMB
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1- Bouskoura
L.TAZI Pharmacien Responsable

L
Litho Typo

Fibrocard® 180 mg

30 gélules

SMB

Minigranules

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Fibrocard® 180 mg



Formule :
Chlorhydrate de verapamil180,00 mg
Excipientsq.s.p. 1 gélule

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I
Uniquement sur ordonnance

Ne pas laisser les médicaments à la portée et à la vue des enfants.

Conserver à température comprise entre 15° et 25°

Posologie, indications, effets secondaires:
lire la notice d'information jointe

67x31x87
1



5 mg

N° AMM Maroc : 177/20dmp/NRQ
N° AMM Tunisie : 4833066

Conditionneur et Libérateur / المعبئ والمحرر
AstraZeneca Reims Production
Parc industriel de la Pompe
Chemin de Vrilly
51100, Reims
France



5 000456 037887



Ne pas utiliser chez la femme enceinte, l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace

CRESTOR + GROSSESSE = INTERDIT

**၆၁၄**

de l'humidité
Tenir à l'abri
de la pluie



30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

Fabricant / الصانع

IPRR Pharmaceuticals Incorporated
Carr 188 Lote 17, San Isidro Industrial Park,
PO Box 1624, Canovanas P.R. 00729,
Puerto Rico, USA
Sous licence AstraZeneca

©AstraZeneca 2009-2018
Marques déposées-Propriété de AstraZeneca

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant pas + 30 °C.
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
 (اقرأ الجرعة الموصوفة)

Liste1-Uniquement sur ordonnance
† La liste est indicative et non exhaustive

Lot 34501
Exp 03
Exp: 04



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

Composition en substances actives :

Rosuvastatine5,00 mg

Sous forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé
pelliculé.

Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

التركيب:
روز وفاسٽائين 5.00 ملغ
بشكل روز وفاسٽائين كلسي
السواغات: 5 ك قرص
في كل قرص مغلف
سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز احادي الاماهة

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114.10 DH



Astr

110025886
-0822



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

N° AMM Maroc : 177/20dmp/NRQ
N° AMM Tunisie : 4833066

المعين و المحرر /
Conditionneur et Libérateur
AstraZeneca Reims Production
Parc industriel de la Pompeille
Chemin de Vrilly
51100, Reims
France



AstraZeneca



Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
l'adulcescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace

CRESTOR + GROSSESSE =
INTERDIT



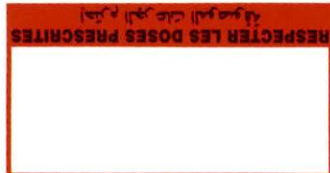
يجب حفظ الدواء في مكان لا يصل إليه الأطفال و
أقرب الدواء من الأطفال في مكان لا يصل إليه الأطفال
أقرب الدواء من الأطفال في مكان لا يصل إليه الأطفال
أقرب الدواء من الأطفال في مكان لا يصل إليه الأطفال



5 mg

Fabricant / الصانع
IPR Pharmaceuticals Incorporated
Carr 188 Lote 17, San Isidro Industrial Park,
PO Box 1624, Canovanas P.R 00729,
Puerto Rico, USA
Sous licence AstraZeneca
©AstraZeneca 2009-2018
Marques déposées-Propriété de AstraZeneca

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant
pas + 30°C.
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.



Listel-Uniquement sur ordonnance
لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة طبية

Lot 34501
Exp 03
Fab: 04



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

Composition en substances actives :
Rosuvastatine 5,00 mg
Sous forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé
pelliculé.
Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

30 comprimés pelliculés

التركيب:
روزوفاستاتين 5.00 ملغ
بشكل روزوفاستاتين كالسيوم
السواغات: ك ك لقرص
في كل قرص مغلف
سواغات ذات تأثير معروف: لكتوز أحادي الإماهة



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



026
023
Asi

110025886
-0822



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

N° AMM Maroc : 177/20dmp/NRQ
N° AMM Tunisie : 4833066

المعين و المحرر / Conditionneur et Libérateur
AstraZeneca Reims Production
Parc industriel de la Pompeille
Chemin de Vrilly
51100, Reims
France



AstraZeneca



Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
l'adulcescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace

CRESTOR + GROSSESSE =
INTERDIT



يجب حفظ الدواء في مكان لا يصل إليه الأطفال و
تحت إشراف الطبيب
لا يحفظ الدواء في مكان لا يصل إليه الأطفال و
تحت إشراف الطبيب
لا يحفظ الدواء في مكان لا يصل إليه الأطفال و
تحت إشراف الطبيب



5 mg

Fabricant / الصانع
IPR Pharmaceuticals Incorporated
Carr 188 Lote 17, San Isidro Industrial Park,
PO Box 1624, Canovanas P.R 00729,
Puerto Rico, USA
Sous licence AstraZeneca
©AstraZeneca 2009-2018
Marques déposées-Propriété de AstraZeneca

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant
pas + 30°C.
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.



Listel-Uniquement sur ordonnance
لا يحفظ الدواء إلا بموجب وصفة طبية

Lot 34501
Exp 03
Fab: 04



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

Composition en substances actives :
Rosuvastatine 5,00 mg
Sous forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé
pelliculé.
Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté

30 comprimés pelliculés

التركيب:
روزوفاستاتين 5.00 ملغ
بشكل روزوفاستاتين كالسيوم
السواغات: ك. ك. لقرص
في كل قرص مغلف
سواغات ذات تأثير معروف: لكتوز أحادي الإماهة



CRESTOR®
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



026
023
Asi

التركيب :

- كل كيس يحتوي على :
- كلورفينامين مالمات..... 4 مغ
 - فنتيرين كلور هيدرات..... 6 مغ
 - ساليلاميد..... 200 مغ
 - باراسيتامول..... 400 مغ
 - كافيين..... 30 مغ
 - حمض أسكوربيك..... 300 مغ
 - سواغ كمية كافية ل..... 10 مغ
- لاحة سواغ ذات تأثير معلوم : السكروروز (8) في كل كيس)، ملون أصفر برتقالي S.
- 2.5 يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة. لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

Composition :

- Chaque sachet contient :
- Chlorphénamine maléate..... 4 mg
 - Phénylèphrine chlorhydrate..... 6 mg
 - Salicylamide..... 200 mg
 - Paracétamol..... 400 mg
 - Caféine..... 30 mg
 - Vitamine C..... 300 mg
 - Excipients q.s.p..... 10 g

Excipients à effet notoire : saccharose (8 g par sachet), jaune orangé S.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.



Rhoonitine® boîte de 10 sachets

ريفل ميسلين

P.P.V: 21DH30

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

حمى - سيلان الأنف

حالات نزلة برد - زكام

Composition en substance active :
Méquitazine 10 mg pour un comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à l'abri de la lumière.

11



CP SEC B14

PRIMALAN 10MG

Maroc.
Quartier industriel, Zenata Ain Sebââ,
Km 10, route côtière 111,
maphar

Fabriquè sous licence par :

PIERRE FABRE MEDICAMENT



Uniquement sur ordonnance - Liste I
محرف فقط بموجب وصفة طبية - لا رجعة

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

ميكناتزين

10 ملغ
بريتامين

5455



كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Titulaire de l'AMM au Maroc Bayer S.A.
AMM N° 37/20DMP/21/MAJ
Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Marina, 20030 Casablanca
Maroc
Fabriqué par Bayer AG - Leverkusen &
Bayer Bitterfeld GmbH
Allemagne
Bayer

88355121
39/20/88

18

30 comprimés gastro-résistants



MFD

BT18SX2 01 2023

01 2028

Respecter les doses prescrites

كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Titulaire de l'AMM au Maroc Bayer S.A.
AMM N° 37/20DMP/21/MAJ
Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Marina, 20030 Casablanca
Maroc
Fabriqué par Bayer AG - Leverkusen &
Bayer Bitterfeld GmbH
Allemagne
Bayer

88355121
39/20/88

18

30 comprimés gastro-résistants



MFD

BT18SX2 01 2023

01 2028

Respecter les doses prescrites

كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Titulaire de l'AMM au Maroc Bayer S.A.
AMM N° 37/20DMP/21/MAJ
Tour Ivoire 1 - 3^e Etage
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah,
Marina, 20030 Casablanca
Maroc
Fabriqué par Bayer AG - Leverkusen &
Bayer Bitterfeld GmbH
Allemagne
Bayer

88355121
39/20/88

18

30 comprimés gastro-résistants



MFD

BT18SX2 01 2023

01 2028

Respecter les doses prescrites



PHARMACIE Bismi ALLAH

12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR°TANGER

ICE : 001555076000077

B P:164-640-212-1102707500009-80

Patente 50487909

Tél : 0539941010/0539341919.

CNSS: 6294318

FAX : 0539341212

LF : 8110975

R.C: 42012

Facture N° 1 256 572 Du: 15/04/2024

Client : LAHLOU MARIA

Forme	Désignation	PPV	QTE.	Montant HT	TVA%	Mt TVA	Montant TTC
CO	FIBROCARD 180MG/30	100,00	4	400,00	0 %	0,00	400,00
CO	PRIMALAN 10 MG	54,00	1	54,00	0 %	0,00	54,00
PG	RINOMICINE 10 SHT	21,30	1	21,30	0 %	0,00	21,30
CO	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	3	83,10	0 %	0,00	83,10
CO	CRESTOR 5MG/28	114,10	3	342,30	0 %	0,00	342,30
5	Total			900,70		0,00	900,70

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

NEUF CENTS DIRHAMS ET SOIXANTE-DIX CENTIMES TTC

PHARMACIE Bismi ALLAH
12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR°TANGER
Tél : 0539941010 / 0539341919
ICE : 001555076000077
R.C : 42012

☒ **valable 3 mois**

Le 15 / 04 / 2024

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

N° patient **Maria Lahlou**
11bbb762-ae63-44f7-bd76-c53f4ede3696

Date de naiss... 01.01.1954
Sexe Féminin
Taille 154 cm
Poids 57 kg
Ethnique Oriental
Pacemaker Non

N° visite
Chambre
Traitement
N° requête
Émetteur de l...
Prot. requ.

15.04.2024 14:15:28
ECG de repos

FC 71 bpm
RR 850 ms
P 104 ms
PR 157 ms
Axe P 62°
Axe QRS -27°
Axe T 163°
QRS 129 ms
QT 429 ms
QTcB 465 ms

Rythme sinusal
Position gauche
Bloc de branche gauche incomplet
Hypertrophie ventriculaire gauche avec anomalie ST/T
Rapport non confirmé

Indication
Remarque

TA = 145/65 (BG)
(BD)

