

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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 27 81 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1954 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI OMAR

Date de naissance : 06-07-51

Adresse : 57 RUE POURNACI 407 BENEDICTE CASABLANCA

Tél. : 05 22 27 81 18 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : LAMRANI OMAR Age : 46 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie chronique

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 : 05/09/2013 le : 05/09/2013

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/09/13	942,60

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the midline and 8 at the molars. Directional markers are present: 'D' on the left side, 'G' on the right side, 'H' at the top, and 'B' at the bottom. The teeth are numbered as follows: upper arch (H) has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (B) has 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The diagram shows a cross-section of the dental arch with teeth and gingival tissue.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السالمي
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

Patient: M-LAMANI Dina
Casablanca, le 2 MAI 2019

81,00 + 3

Traitements de:
trois (03) Mois

81,00 + 4

Traitements de:
trois (03) Mois
DAN ZAAR 50

126,80 + 3

126,80 + 3

126,80 + 3

126,80 + 3

126,80 + 3

126,80 + 3

126,80 + 3

126,80 + 3

126,80 + 3

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél. / Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 00175507600067 - IPN : 091130922

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-362092

DATE DE DEPOT

...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1954

nom & Prénom LAMANI DINA

fonction : Représentante Phone : 06 62 88 90 91

ail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date 02/05/18

Date 1^{re} visite

ature de la maladie

Algo obstrue et BM

agit-il d'un accident : Causes et circonstances

ature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

3000

3000

HARMACIE

Date 02/05/18

ntant de la facture

920,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

ACCESSOIRES MEDICAUX

Date

Nombre

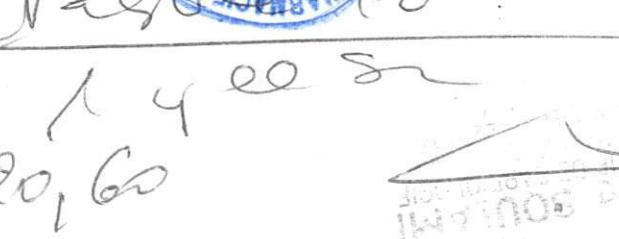
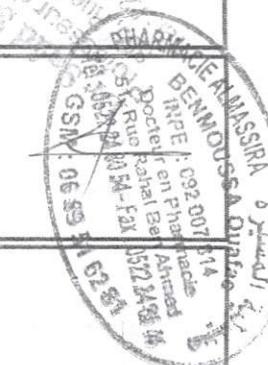
Montant détaillé des
Honoraires

AM

PC

IM

IV



920,60

920,60

920,60

920,60

920,60

920,60

920,60

920,60

920,60



PHARMACIE AL MASSIRA
BENMOUSSA L OUAFAE
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE DINAND

Tél: 0522248054

Patente N°: 31202044
N° R.C. : 191902
Compte :
CNSS : 1753377
Id.Fiscale : 46204130
ICE : 001642356000035

Le : 25/09/2019

MR LAMRANI OMAR

FACTURE : 32472 du : 25/09/2019

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	AMLOR 5 MG X56 CPMES	136,60	273,20	0,00%
3	ASPEGIC 100 MG SACHETS	21,80	65,40	7,00%
4	CIVASTINE 10 MG X 28CPMES	70,00	280,00	0,00%
4	TANZAAR 50 MG 28 CPS	81,00	324,00	0,00%
		Total TTC	942,60	
		Droits de timbre	0,00	
		Net à payer	942,60	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **NEUF CENT QUARANTE DEUX DIRHAMS ET SOIXANTE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	877,20	0,00	877,20
7,00%	7,00	61,12	4,28	65,40
		938,32	4,28	942,60



valable 3 mois

Le 21.07.2019

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *SAIDIA SOUAR*

Présente *HTA Moderate à 3 stents ACHF*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*TANZAAK 50 Chrmoadalat 1P 30
CardioAspirin 100 - Gavastine 10 mg*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

لے 56

5mg



56 COMPRIMES

Amloz® 5mg

UT.AV :

0 3 2 2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

136,60

LOT N° :

1 2 7 9



56 COMPRIMES

Amloz® 5mg

UT.AV : 0 2 2 0 2 2

P.P.V.

1 3 6 6 0

LOT N° : 1 2 7 2 4

136,60

09366130/3

ASPEGIC

ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE

DOULEUR & FIÈVRE



100 MG / Nourrissons

20 sachets dose

Poudre pour solution buvable

SAN

ASPEGIC

ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE

DOULEUR & FIÈVRE



100 MG / Nourrissons

20 sachets dose

Poudre pour solution buvable

SANOFI

Indications : Ce médicament contient de l'aspirine. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg ; lire attentivement la rubrique « Posologie ».
Dans le traitement de certaines affections rhumatisantes cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg

Pour les enfants ayant un poids ou un âge différent, d'autres présentations d'aspirine : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Indications : Ce médicament contient de l'aspirine. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures.

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg ; lire attentivement la rubrique « Posologie ».
Dans le traitement de certaines affections rhumatisantes cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg

Dans cette indication, cette présentation est réservée à l'enfant de 6 à 22 kg

Pour les enfants ayant un poids ou un âge différent, d'autres présentations d'aspirine : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

LOT : 9MMA023
PER.:07.2020ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 210H80



يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
في الأكياس في العلبة الخارجية بعيداً عن الرطوبة.

Titulaire d'AMM au Maroc :
sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,

LOT : 9MMA024
PER.:11.2020ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 210H80



درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية
في العلبة الخارجية بعيداً عن الرطوبة.

Titulaire d'AMM au Maroc :
sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,

LOT : 9MMA023
PER.:07.2020ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 210H80



بارجية بعيداً عن الرطوبة

Titulaire d'AMM au Maroc :
sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,

Nom et adresse du fabricant :
sanofi-aventis Maroc, Km 10, Route de Rabat R.P.1,

Composition : ACÉTYLSALICYLATE
(Qualité correspondante en acide

28 قرصاً مختلفاً

عن طريق الملم

بـ 28 ملء

10 ملء

10 ملء

احترموا الجرعة المحددة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

CIVASTINE 10 mg
Simvastatine
28 Comprimés pelliculés
6 118000 041023

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

70,00

PPV 70DH00
PER 11/20
LOT H2395

PPV 70DH00
PER 11/20
LOT H2395

28 comprimés
pelliculés

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

70,00

PPV 70DH00
PER 06/20
LOT H1526

28 comprimés
pelliculés

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

70,00

PPV 70DH00
PER 11/20
LOT H2395

voie orale

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

70,00

PPV 70DH00
PER 11/20
LOT H2395

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Alin Sebella - Casablanca
S. Barouchi - Pharmacien Responsable

TANZAAR®
Losartan potassique

50 mg

81,00

28 comprimés pelliculés

Voie Orale



NZAAR®
potassique

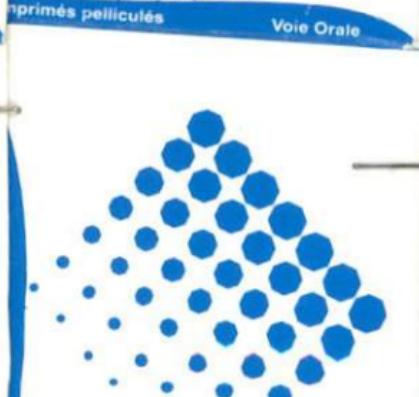
50



81,00

comprimés pelliculés

Voie Orale



lot n° :

XP :

PV :

81,00

6 118000 071556



TANZAAR® 50 mg
comprimés pelliculés



6 118000 071556

28 comprimés pelliculés
TANZAAR® 50 mg



81,00

LAMRANI, OMAR
ID:
0yr
Unknown

02-May-2019 14:03:51

Vent rate: 51 BPM
PR int: 209 ms
QRS dur: 77 ms
QT/QTc: 406 / 381 ms
P-R-T axes: 51 52 53

BRADYCARDIE SINUSALE
TRACE EN FAVEUR D'HVG DEVANT
ECG ANORMAL

Revu par _____

Comment:



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 31797 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz