

# 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.

## 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.

## Optique :

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

## Educations :

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.

## Prothèse 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

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° P19- 0037976

☒ 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 PIERRE ABEL 7 BERNARDINI CASABLANCA

Tél. : 066154727 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAMRANI OMAR Age : 06-07-51

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 : Casablanca Le : 25/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL

# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/19	942,65

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

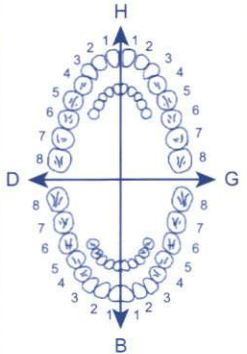
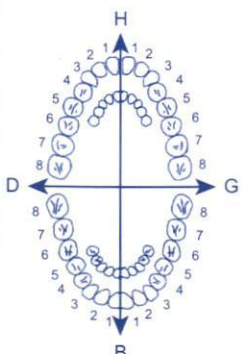
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             00000000              35533411              B           </div> <div>             00000000              11433553              B           </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 السلمي  
أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء  
إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية  
خريج كلية الطب بباريس  
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: H-LAMRANI Omar  
Casablanca, le 02 MAI 2019

Traitement de: 81,0043  
Trois (03) Mois  
AN ZAR 50  
1 year  
CHLOROQUINE 500  
126,8043  
1 year  
Cardiologie  
21,8044  
1 year  
Angiotensin  
7000  
Cardiologie  
1 year  
920,60



W18-362092

DATE DE DEPOT  
...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 1954

Nom & Prénom LAMRANI Omar

Section: Cardiologie Phones: 0661586927

Prénom du patient Omar

Adherent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age Date 02/05/19

Date 1ere visite

Signature de la maladie Anfor et est et am

Signature d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
3006		3000

HARMACIE Date 02/05/19

Montant de la facture 920,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



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

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

Tél: 0522248054

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 22/02/2019

**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)



AMlor<sup>®</sup> 5mg  
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 0 3 2 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 2 4

136,60



AMlor<sup>®</sup> 5mg  
56 COMPRIMÉS

UT.AV : 0 3 2 2 2

P.P.V.

LOT N° : 1 2 7 2 4

136,60

09366130/3

56 قرص

5mg



AMlor<sup>®</sup>



# ASPEGIC

ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE

## DOULEUR & FIÈVRE

ASPEGIC

**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 rhumatismales, 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 : 9MA023  
PER : 07/2020

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

⚠️ يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية  
⚠️ نظم بالأوكياس في العلبة الخارجية بعيدا عن الرطوبة.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,

# ASPEGIC

ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE

## DOULEUR & FIÈVRE

ASPEGIC

**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 rhumatismales, 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 : 9MA024  
PER : 11/2020

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

⚠️ يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية  
⚠️ نظم بالأوكياس في العلبة الخارجية بعيدا عن الرطوبة.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,

LOT : 9MA023  
PER : 07/2020

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

⚠️ يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية  
⚠️ نظم بالأوكياس في العلبة الخارجية بعيدا عن الرطوبة.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Ain Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien

**Nom et adresse du fabricant :**

sanofi-aventis Maroc. Km 10, Route de Rabat,  
Ain Sebaâ, Casablanca.

**Composition :** ACÉTYLSALICYLATE DE DL-LYSINE

(Quantité correspondante en acide)



28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

10 ملغ

CIVASTINE 10 mg

Simvastatine

28 Comprimés pelliculés



6 118000 041023

بوتني د.د.  
82 ممر الكازابلانكا - عين السبع - الدار البيضاء  
من البوتني - صيدلي مسؤول

b

II

AMM N° 270/12 DMP/21/NRQ

احترموا الجرعات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

28 comprimés  
pelliculés

bottu s.a.

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

28 comprimés  
pelliculés

Voie orale

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

CIVASTINE

Simvastatine

10 mg

bottu s.a.

82 Allée des Casuarinas - Allé Salada - Casablanca  
S. Barrouchi - Pharmacien Responsable

70,00  
PPV 70DH00  
PER 11/20  
LOT H2395

70,00  
PPV 70DH00  
PER 11/20  
LOT H2395

70,00  
PPV 70DH00  
PER 06/20  
LOT H1526

70,00  
PPV 70DH00  
PER 11/20  
LOT H2395



**TANZAAR®**  
Losartan potassique

50 mg

81,00

28 comprimés pelliculés

Voie Orale

**NZAAR®**  
potassique

mg

81,00

comprimés pelliculés

Voie Orale

ot n° :

XP :

PV :

81,00

81,00



TANZAAR® 50 mg  
28 comprimés pelliculés



TANZAAR® 50 mg  
28 comprimés pelliculés

LAMRANI, OMAR

ID:

0yr

Unknown

Comment:

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 \_\_\_\_\_



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

Site Zero