

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043992

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 282 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hadjeddine Abdelaziz

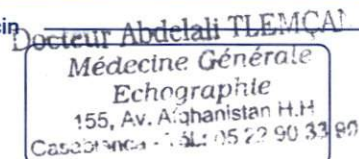
Date de naissance : 19/3/84

Adresse : Rue Mazza Rue n°1 Hay Hassani

Tél. : Total des frais engagés : 1834,5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 7 OCT 2019

Nom et prénom du malade : Hadjeddine Abdelaziz Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : M. Rem H.P.A

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 09 OCT 2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
7 OCT 2019			200,00	Docteur Abdelhak EL MOUATTA Médecine Générale Echographie 155, Av. Afghanistan H.H. Casablanca - Tél: 05 22 86 33 09

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr. TIR ABDELZIZ 68, Rte. M.H. TIZI - Hay Hassani Tél: 022 90.21.67 - CASA	7-10-19	43030

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE HAY HASSANI Dr. SAHRAHIM Immeuble 8 N° 1 Tél: 0522 39 69 88 Fax: 0522 39 69 88	07/10/19	2880	1204,00

# 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 HONORAIRES

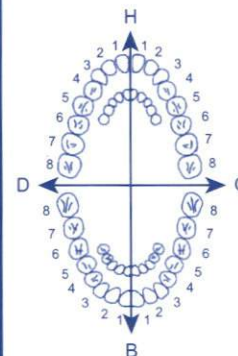
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

## 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

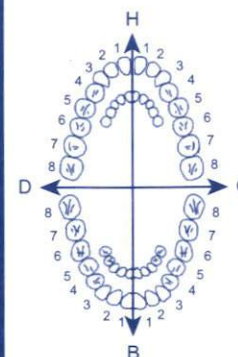
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالي التلمساني

الطب العام

أمراض النساء و الرجال و الأطفال

الفحص بالتفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.33.90

Casablanca, le

- 7 OCT. 2019

149.20  
- Pregon 100 (30)

19/1/1

100.10  
- Enox 100 (7)

31.00  
- Bowlen

1ca 3 x 1/1

15.00  
- Vigorex 100 B4

1gr en cas de

43030

bezon

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr TIR Abdelaziz  
58, Rte. My Thani - Hay Hassani  
Tél: 022 90.21.67 - CASA

Docteur Abdelali TLEMÇANI  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afghanistan H.H.  
Casablanca - Tél: 05.22.90.33.90

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة

20077

# PREZAR® 100 mg

## **Losartan**

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament**

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre information, consultez votre pharmacien.

• Ce médicament peut avoir des effets indésirables. Si vous remarquez des symptômes inhabituels, consultez votre médecin.

• Si l'un des effets indésirables persiste, parlez-en à votre médecin.

### **COMPOSITION DU MÉDICAMENT**

La substance active est le losartan.

Les autres composants sont :

Lactose monohydraté.

Sodium phosphate.

Liste des excipients.

### **CLASSE PHARMACOLOGIQUE**

Le losartan (PREZAR®) est un médicament appartenant à la classe des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).

Il agit en bloquant l'action de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

La liaison de l'angiotensine à son récepteur entraîne une vasoconstriction et une élévation de la pression artérielle. Le losartan agit en bloquant cette liaison.

Le losartan est utilisé pour traiter l'hypertension artérielle.

Le losartan est également utilisé pour prévenir les complications chez les patients atteints de diabète de type 2.

### **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :**

PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé est utilisé :

• Pour traiter les adultes ayant une pression artérielle élevée (hypertension).

• Pour préserver la fonction rénale des patients hypertendus diabétiques de type 2 présentant une protéinurie (0,5g/jour) (présence d'une quantité anormale de protéines dans les urines) lors des examens biologiques.

• Pour traiter les patients insuffisants cardiaques lorsque le médecin juge qu'un traitement par un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) (médicaments antihypertenseurs) ne convient pas.

• Chez les patients présentant une hypertension et un épaississement du ventricule gauche, le traitement par PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé réduit le risque d'accident vasculaire cérébral (Etude LIFE).

### **POSOLOGIE, MODE ET VOIE(S) D'ADMINISTRATION, DUREE DU TRAITEMENT ET FREQUENCE D'ADMINISTRATION**

Veillez à toujours prendre ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou de votre pharmacien en cas de doute.

Les comprimés doivent être avalés avec un verre d'eau. Essayez de prendre votre traitement à la même heure chaque jour. Il est important de ne pas arrêter le traitement par PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé sans l'avis de votre médecin.

Votre médecin décidera de la dose appropriée de PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé en fonction de votre état. Si vous prenez d'autres médicaments, il est important de continuer à prendre PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé pendant longtemps que votre médecin vous le prescrit, afin de permettre un contrôle régulier de votre tension artérielle.

### **PATIENTS ADULTES HYPERTENDUS**

La dose habituelle d'initiation est de 50 mg de losartan une fois par jour (1 comprimé de PREZAR® 50 mg, comprimé pelliculé sécable). L'effet sur la diminution de la pression artérielle atteint son maximum 3 semaines après le début du traitement. Chez certains patients la dose peut, plus tard, être augmentée à 100 mg de losartan une fois par jour (1 comprimé de PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé).

Si vous avez l'impression que l'effet de PREZAR® est trop fort ou trop faible, parlez-en à votre médecin.

### **Enfants âgés de moins de 6 ans**

PREZAR® n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 6 ans, la sécurité d'emploi n'étant pas établie dans ce groupe d'âge.

### **Patients adultes hypertendus diabétiques de type 2**

La dose habituelle d'initiation est 50 mg de losartan une fois par jour (1 comprimé de PREZAR® 50 mg, comprimé pelliculé sécable). La dose peut ensuite, être augmentée à 100 mg de losartan une fois par jour (1 comprimé de PREZAR® 100 mg, comprimé pelliculé) en fonction de la réponse tensionnelle.

Les comprimés de losartan peuvent être pris avec d'autres médicaments antihypertenseurs tels que les inhibiteurs calciques, les alpha- ou bêtabloquants et les antihypertenseurs d'action centrale. Les autres médicaments antidiabétiques couramment utilisés (par exemple, sulfamides, insulines et inhibiteurs alpha glucosidases).

### **Patients adultes insuffisants cardiaques**

La dose habituelle d'initiation est de 12,5 mg de losartan une fois par jour. Habituellement, la dose est augmentée par paliers chaque semaine (c'est-à-dire 12,5 mg par jour la première semaine, 25 mg par jour la deuxième semaine, 50 mg par jour la troisième semaine, 100 mg par jour la quatrième semaine, 150 mg par jour la cinquième semaine) jusqu'à la dose d'entretien établie par votre médecin. Une dose maximale de 150 mg de losartan par jour est recommandée.

149,20

PPV 149DH20  
PER 06/22  
LOT 11482





# BROCLAR® 15 mg/5 ml

LOT: 053018 PER: 05/2021  
PPV: 100.10 DH

## Composition

### Composition pour 5 ml de sirop

Chlorhydrate d'Ambroxol .....  
Excipients : arôme framboise, acide citrique, hydroxyéthylcellulose, propylène glycol, saccharine sodique et eau purifiée .....

### Excipients à effets notoires :

Acide benzoïque, Glycérol, Propylène glycol

### Classe pharmaco-thérapeutique

Mucolytique (système respiratoire)

### Titulaire et fabricant

LABORATOIRES SPIMACO MAROC

PPV  
31DH00

# VIGOREX® 50 et 100 mg

## Sildénafil citrate

### COMPOSITION:

**Chaque comprimé contient :**

Citrate de sildénafil - équivalent en sildénafil (DCI) ....  
Excipients : Lactose, Cellulose microcristalline, Amidé de magnésium, Talc, Silice colloïdale d'oxyde, hydroxyde de titane, Triacétine, Laque indigotine, méthylène, eau purifiée.

### FORMES ET PRESENTATIONS:

VIGOREX 50 mg, comprimés pelliculés, Boîte de 1, boîte de 3 et de 6.

VIGOREX 100 mg, comprimés pelliculés, Boîte de 1 et de 3.

### INDICATIONS THERAPEUTIQUES:

VIGOREX® est indiqué dans le traitement des troubles érectiles.

### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

VIGOREX® est administré par voie orale.

La dose recommandée est de 50 mg à prendre selon les besoins, environ une heure avant l'acte sexuel.

#### COMPOSITION

Sildénafil citrate ..... 100 mg  
Excipients .... qsp 1 comprimé  
Contient du lactose  
AMM N° 221/11 DMP/21/NNP

#### INDICATIONS ET

Se conformer à la prescription du médecin.  
Voie orale.

LOT : 010  
PER : MAI 2020  
PPV : 150 DH 00

à 100 mg,  
ose E 15,  
lorure de

# ORDONNANCE

Docteur Abdelali TLEMÇANI  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afghanistan H.H  
Casablanca - Tél: 05 22 90 33 90

Le: 7 OCT. 2019

MADDAD Abdelaziz

- N/A
- ch-TG
- gha;
- acut
- TGO-TGP
- PSA
- TSH

Docteur Abdelali TLEMÇANI  
Médecine Générale  
Echographie  
155, Av. Afghanistan H.H  
Casablanca - Tél: 05 22 90 33 90

LABORATOIRE HAY HASSANI  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imm. B28 N°1 Ed. Ibn Sina - Hay Hassani  
Tél: 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21  
Fax: 0522 89 69 88

2077



Dossier N° : 071019-069

Mr HADDOUD Abdelaziz

Page : 2/2

**ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
GLYCEMIE A JEUN	:	0,95 g/l 5,27 mmol/l	( 0,7 - 1,05 ) ( 3,89 - 5,83 )	1,10 (24/06/15) 1,03 (05/02/15) 0,99 (21/10/13) ~~~
CREATININE	:	12,20 mg/l 107,97 µmol/l	( 9 - 13 ) ( 79,65 - 115,05 )	10,70 (24/06/15) 9,20 (05/02/15) ~~~
CHOLESTEROL TOTAL	:	1,67 g/l 4,33 mmol/l	( Inférieur à 2 ) ( Inférieur à 5,18 )	2,06 (05/02/15) 1,57 (21/10/13) ~~~
TRIGLYCERIDES	:	0,92 g/l 1,05 mmol/l	( Inférieur à 1,5 ) ( Inférieur à 1,71 )	1,14 (05/02/15) 0,77 (21/10/13) ~~~
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	:	25,00 UI/l	( Inférieur à 40 )	33,00 (05/02/15) 33,00 (21/10/13) ~~~
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	:	16,00 UI/l	( Inférieur à 41 )	20,00 (05/02/15) 29,00 (21/10/13) ~~~

**ANALYSES HORMONALES**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
<b>TSH-us : Thyroestimuline-Hormon</b> (Technique : Immunoenzymatique)	:	1,44 µUI/ml	( 0,25 - 5 )	1,75 (21/10/13)

**MARQUEURS PROSTATIQUES**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
PSA Total (Technique : Immunoenzymatique)	:	0,34 ng/ml		0,62 (05/02/15)

Age

<49 ans	:	<2,0
50 - 59 ans	:	<3,5
60 - 69 ans	:	<4,5
70 - 79 ans	:	<6,5

**Le Biologiste**

**LABORATOIRE HAY HASSANI**  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imm. B28 N° 1 - 0522 89 69 88  
Tél : 0522 89 69 87 - 0522 89 69 88  
Fax : 0522 89 69 88





Casablanca, le : 07/10/2019

Dossier N° : 071019-069



Nom : Mr HADDOUD Abdelaziz

Code Patient : 13-10499 Prélèvement du: 07/10/2019 10:10:

Demandé par Dr : TLEMCANI ABDELALI

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/2

### ANALYSES D'HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME : NFS + PLQ

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Globules rouges	:	4,67 10 <sup>6</sup> /ul	( 4,2 - 5,7 )	4,66 (24/06/15)
Hémoglobine	:	14,80 g/dl	( 14 - 17 )	14,4 (24/06/15)
Hématocrite	:	41,60 %	( 40 - 52 )	40,2 (24/06/15)
VGM	:	89,08 fL	( 80 - 95 )	86,27 (24/06/15)
TCMH	:	31,69 pg	( 28 - 32 )	30,9 (24/06/15)
CCMH	:	35,58 g/dl	( 30 - 35 )	35,82 (24/06/15)
Plaquettes	:	224 10 <sup>3</sup> /uL	( 160 - 350 )	210 (24/06/15)
Globules blancs	:	6830 /uL	( 4000 - 10000 )	6510 (24/06/15)

#### Formule sanguine

Neutrophiles	:	53,3 % 3640,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )	3307 (24/06/15)
Eosinophiles	:	6,6 % 451,00 /mm <sup>3</sup>	( 100 - 400 )	221 (24/06/15)
Basophiles	:	0,6 % 41,00 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )	20 (24/06/15)
Lymphocytes	:	25,9 % 1769,00 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )	2233 (24/06/15)
Monocytes	:	13,6 % 929,00 /mm <sup>3</sup>	( 200 - 800 )	729 (24/06/15)

**LABORATOIRE HAY HASSANI**  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imm. B28 N° 1 - 1<sup>er</sup> étage - Hay Hassani  
Tél : 05 22 89 69 87 - 05 22 93 32 21  
Fax : 05 22 89 69 88

# LABORATOIRE HAY HASSANI

D'analyses Médicales et Biologiques  
Immeuble B28, RDC N° 1, Bd. Ibn Sina - Hay Hassani - Casablanca

## Note d'honoraire

Honoraire N°: 2019-005717

Date 07/10/2019

Patient Mr HADDOUD Abdelaziz

Date Prélèvement : 07/10/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME : NFS + PLQ	80	107,20
GLYCEMIE A JEUN	30	40,20
CREATININE	30	40,20
CHOLESTEROL TOTAL	30	40,20
TRIGLYCERIDES	60	80,40
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	50	67,00
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	50	67,00
TSH-US : THYREOSTIMULINE-HORMONE	250	335,00
PSA Total	300	402,00
<b>Total B</b>	880	1 179,20
<b>APB</b>	1,5	25,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		1 204,20

Note d'honoraire: Mille deux cent quatre dirhams 20 centimes\*\*\*

LABORATOIRE HAY HASSANI  
Dr. Samira ZENBRAM  
Imm. B28 - V. 1, Bd. Ibn Sina - Hay Hassani  
Tel: 0522 8969 87 - 0522 33 32 21  
Fax: 0522 39169 88