

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-762126

|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                  | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique                                      | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                     |                                       | <i>A 62777</i>  |                                 |
| Matricule : <i>M1683</i>                          |                                       | Société : <i>ROYAL AIR MAROC</i>                                      |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif         | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                                      | <i>BENI MBAREK MBAREK</i>       |
| Nom & Prénom : <i>BENI MBAREK MBAREK</i>          |                                       | Date de naissance : <i>30/06/1973</i>                                 |                                 |
| Adresse : <i>EMM 10 n° 06 ALMAJIDIA 2 DE ROUA</i> |                                       | Tél. : <i>6661984193</i> Total des frais engagés : <i>1924,00 Dhs</i> |                                 |

|                                    |   |  |  |
|------------------------------------|---|--|--|
| Autorisation CNDP N° : AA-215/2019 | Cadre réservé au Médecin  |  |  |
|                                    | Cachet du médecin :<br><br>DR. EL FAKIR MOHIA<br>LOTTEMENT NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ALASSUL APP 4<br>1257198<br>0660627007<br><br>Date de consultation : <i>11/05/2023</i><br>Nom et prénom du malade : <i>MR BENMBAREK MBAREK</i> Age :<br>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant<br>Nature de la maladie : <i>AUCI</i><br>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :<br>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.<br> |  |  |

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 : / /*

Signature de l'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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/05/2023      | CS + ECG          |                       | 280,00 Dh                       | INP : 061259198<br>DR. E. B. 11/05/2023                        |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 11/05/2023 | 167405                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

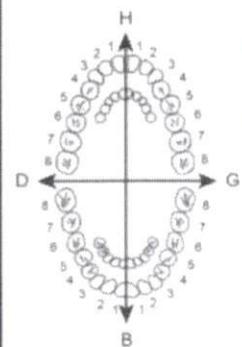
### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

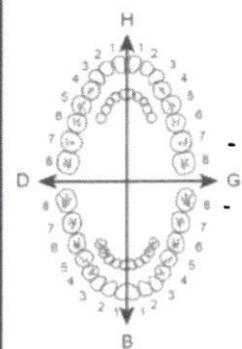
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### SOINS DENTAIRES



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Dr. EL MOURID MONIA**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique  
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca  
Ancien médecin interne du CHU de paris  
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



**الدكتورة المريد مني**

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

دبلوم كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي و نفقات القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

## ORDONNANCE

11 mai 2023

Mr. BEN MBAREK Mbarek

1/ CARDIOASPIRINE 100 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

1 cp à midi

2/ COVERAM 10MG/10MG 10 / 10 MG / MG COMPRIME

1 cp le matin

3/ COSTAL 10 MG

1cp/j le soir

4/ NEBILLET 5 MG COMPRIME SECABLE

1 cp le matin

Traitement pendant : 3 Mois

1 cp 1c midi (3j)

1-0-1 1-0-1 1-0-1  
DR EL MOURID MONIA  
Tél: 0522031674  
Mobile: 0660627007  
Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول - الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74



Urgences : 06 60 62 70 07



cabinet.drelmourid@gmail.com

246920030-03

# COVERAM® 10 mg / 10 mg

comprimés  
Péridopril arginine / amlodipine

## Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Un comprimé contient 6,790 mg de péridopril correspondant à 10 mg de péridopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bétalactame équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydrate : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd  
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland  
Conditionnement : SERVIER MAROC  
Site de production  
Zone industrielle  
Aéroport Nouasser

nekicesa

683.11240-003.N0572

18

Péridopril arginine / amlodipine  
comprimés

10 mg / 10 mg

# COVERAM®

احترموا المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

قالمة | (A) : لا يصرف إلا بوصيب وصفة طيبة  
LISTE I (TABLEAU A) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé  
n° 266/14 DMP/21/NRQ

# COVERAM® 10mg/10mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130108

# كوفيرام

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيبراندوبريل أرجينين / أملوديبين

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيبراندوبريل أرجينين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم.

ال抜けذ عن متناول الاطفال وعن نظرهم.  
تحتوي الحبة الواحدة على 6,790 ملغم من البيبراندوبريل ارجينين، 13,870 ملغم من الأملوديبين مما يعادل 10 ملغم من البيبراندوبريل ارجينين، و 10 ملغم من الأملوديبين.  
يحتوي على سكر الحليب أحلاي الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

لا يصرف إلا بوصيب وصفة طيبة.

القى باربعه إلى وصفها الطيب.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الاتصال.

Servier (Ireland) Industries Ltd  
Gorey Road – Arklow – Ireland

العنوان : سرفير - المغرب

Site de production

Zone industrielle

Aéroport Nouasser

حبة 30

294,00

40 X 40 X 65 mm

# 10 10



246920030-03

# COVERAM® 10 mg / 10 mg

comprimés  
Péridopril arginine / amlodipine

## Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Un comprimé contient 6,790 mg de péridopril correspondant à 10 mg de péridopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bétalactame équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydrate : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd  
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland  
Conditionnement : SERVIER MAROC  
Site de production  
Zone industrielle  
Aéroport Nouasser

nekicesa

683.11240-003.N0572

18

Péridopril arginine / amlodipine  
comprimés

10 mg / 10 mg

# COVERAM®

احترموا المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

قالمة | (A) : لا يصرف إلا بوصيب وصفة طيبة  
LISTE I (TABLEAU A) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé  
n° 266/14 DMP/21/NRQ

# COVERAM® 10mg/10mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130108

# كوفيرام

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيبراندوبريل أرجينين / أملوديبين

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيبراندوبريل أرجينين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم.

ال抜けذ عن متناول الاطفال وعن نظرهم.  
تحتوي الحبة الواحدة على 6,790 ملغم من البيبراندوبريل ارجينين،  
يعادل 10 ملغم من البيبراندوبريل ارجينين، و 13,870 ملغم من  
الamlodipine بيتالاكتام، يعادل 10 ملغم من amlodipine.

يحتوي على سكر الحليب أحلاي الماء: راجع النشرة لمزيد  
من المعلومات.

لا يصرف إلا بوصيب وصفة طبية.

القى باربعه إلى وصفها الطبيب.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الاتصال.

Servier (Ireland) Industries Ltd  
Gorey Road – Arklow – Ireland

العنوان : سرفير - المغرب

Site de production

Zone industrielle

Aéroport Nouasser

30 حبة

294,00

40 X 40 X 65 mm

10  
10



246920030-03

# COVERAM® 10 mg / 10 mg

comprimés  
Péridopril arginine / amlodipine

## Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Un comprimé contient 6,790 mg de péridopril correspondant à 10 mg de péridopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bétalactame équivalent à 10 mg d'amlodipine.

Contient du lactose monohydrate : voir la notice pour plus d'informations

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd  
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland  
Conditionnement : SERVIER MAROC  
Site de production  
Zone industrielle  
Aéroport Nouasser

nekicesa

683.11240-003.N0572

18

Péridopril arginine / amlodipine  
comprimés

10 mg / 10 mg

# COVERAM®

احترموا المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

قالمة | (A) : لا يصرف إلا بوصيب وصفة طيبة  
LISTE I (TABLEAU A) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé  
n° 266/14 DMP/21/NRQ

# COVERAM® 10mg/10mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130108

# كوفيرام

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيبراندوبريل أرجينين / أملوديبين

حبات 10 ملغ / 10 ملغ

بيبراندوبريل أرجينين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم.  
الافظظ بعيداً عن متناول الاطفال وعن نظرهم.  
تحتوي الحبة الواحدة على 6,790 ملغم من البيبراندوبريل ارجينين، و 13,870 ملغم من الamlodipine.  
يعادل 10 ملغم من البيبراندوبريل ارجينين، و 13,870 ملغم من الamlodipine.

يحتوي على سكر الحليب أحلاي الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

لا يصرف إلا بوصيب وصفة طبية.

القى باربعه إلى وصفها الطيب.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الاتصال.

Servier (Ireland) Industries Ltd :  
Gorey Road – Arklow – Ireland

العنوان : سرفير - المغرب

Site de production

Zone industrielle

Aéroport Nouasser

30 حبة

294,00

40 X 40 X 65 mm

10  
10



# كارديوأسيبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

حمض أسيتيل ساليسيليك

6 118001 090280



# كارديوأسيبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

حمض أسيتيل ساليسيليك

6 118001 090280



# كلارديو أسيبرين 100 مع

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

حمض أسيتيل ساليسيليك

6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بمحضنة المعدة

# كولهوج

أتسورثاستاتين

®

١٠  
ملغ

30  
قرصاً ملبيساً

COSTAL® 10 mg

Atorvastatin (DCI)  
30 Comprimés pelliculés



عن طريق الفم

Laboratoire pharmaceutique  
**PHARMA**

PPV : 57,80DH

EXP : 11/2025

LOT : 221779

# كولستار

أٌتُورْفَاسِتَاتِين  
10 ملغم

30 قرصاً ملبيساً

COSTAL® 10 mg

Atorvastatine (DCI)  
30 Comprimés pelliculés



PPV : 57,800H  
EXP : 09/2025  
LOT : 221193

# كولستار

أتسورثاستاتين  
10 ملغم

30 قرصاً ملبيساً

COSTAL® 10 mg

Atorvastatine (DCI)

30 Comprimés pelliculés



عن طريق الفم

MC PHARMA  
Laboratoire pharmaceutique

PPV : 57,800H

EXP : 11/2025

LOT : 221779

# ALYSE® 25 mg

PRÉGABALINE  
GÉLULES

56 GÉLULES



Voie orale

ot:  
xp.:  
PV: 136DH50

22L266  
08 • 2025



ABDI IBRAHIM

bottu.s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

# **ALYSE® 25 mg**

**PRÉGABALINE  
GÉLULES**

**56 GÉLULES**



**Voie orale**



**ABDI IBRAHIM**

Lot.:

22 L 266

Exp.:

08 . 2025

PPV: 136DH50

**b**

**bottu**

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sébaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Pér.  
Du.  
Lot n°.

21  
Lot n°.  
Océan  
Du.  
Pér.

21803B  
03.2022  
03.2025

21803B  
03.2022  
03.2025

**Composition, indications et posologie:**

Voir notice à l'intérieur.

A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire:  
lactose.

A demander l'avis du médecin

**Composition, indications et posologie:**

Voir notice à l'intérieur.

A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire:  
lactose.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

A conserver entre 15 et 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire:  
lactose.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

V140977/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

**NEBILET®**  
nebivolol 5 mg

**NEBILET®**  
nebivolol 5 mg

V140977/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50



V140977/01

\* VIGNETTE

**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés O  
PPV 87DH50



**DR EL MOURID MONIA**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique  
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca  
Ancien médecin interne du CHU de paris  
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire

Echocardiographie de stress

Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



**الدكتورة المريد مني**

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية بباريس

طبيبة بالمستشفى الجامعى الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي و مقاييس القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

تسجيل الضغط الدموي و مقاييس القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

**11/05/2023**

**ORDONNANCE**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné DR EL MOURID MONIA certifie

que Mr. BEN MBAREK Mbarek est porteur d'une maladie cardio-vasculaire chronique nécessitant un suivi régulier et un traitement médical permanent.

La prise en charge totale pour A.L.D par la mutuelle est justifiée chez cette patiente.

Certificat demandé par l'intéressé pour faire valoir ce que de droit.

**Signé : DR EL MOURID MONIA**

تجزئة النسيم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول - الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74      Urgences : 06 60 62 70 07      cabinet.drelmourid@gmail.com

**Cabinet de Cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires**

**Dr El MOURID Monia**

**ICE 002841634000069**

**INPE 061259198**

Deroua le : 11/05/2023

**FACTURE N° FC23050024**

**Mr. BEN MBAREK Mbarek**

| Bilan        | Montant   |
|--------------|-----------|
| CONSULTATION | 250,00 DH |

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

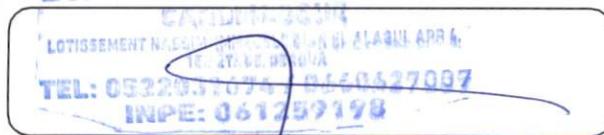
SIGNE :



**Lotissement Nassim, Immeuble Diar El Alaoui, App 4, 1er etage, Deroua**

**0522031674**

|   |   |  |
|---|---|--|
|  <b>MUPRAS</b><br>Mutuelle de Protection<br>& d'Actions Sociales<br>de Royal Air Maroc | <b>DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS</b> | <i>code : PR2FR04</i><br><i>Version : 01</i><br><i>Date : 24/05/2022</i> |
|---|---|--|

| <b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>   |   |  |
|--|---|--|
| Nom et prénom : <b>BENN'BARK M'BANGL</b><br>Matricule : <b>11683</b> N° CIN : <b>J443120</b><br>Adresse : <b>Imm 10 Etage 1 n° 06 DEROUA</b><br>Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |   |  |
| <b>Partie réservée au médecin traitant</b>   |   |  |
| Je soussigne : <br><small>LOTISSEMENT NAESOURA - BLD EL ALAOUI APR 6<br/>TEL: 0522-22-78-18 / 0522-22-78-19<br/>INPE: 061259198</small>   | Spécialité : <b>Cardiologue</b><br>N° ICE : <b>TEL: 0522-22-78-18 / 0522-22-78-19<br/>INPE: 061259198</b><br>N° INPE : <b>INPE: 061259198</b> |  |
| Certifie que Mlle, Mme, M. : <b>BEN M'HAMED</b> <b>M'HAMED</b>   |   |  |
| Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> À vie   |   |  |
| Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :<br><small>USG, HTA<br/>ACI</small>   |   |  |
| Dont ci-joint ordonnance :   |   |  |
| Traitement prescrit :<br><small>Anticoagulant 100 - Coveram 10% - Néflet C - Cofill</small>  |   |  |
| Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables<br>Fait à : <b>Deroua</b> le <b>11/05/2023</b><br>Cachet et signature du médecin traitant :    |   |  |

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

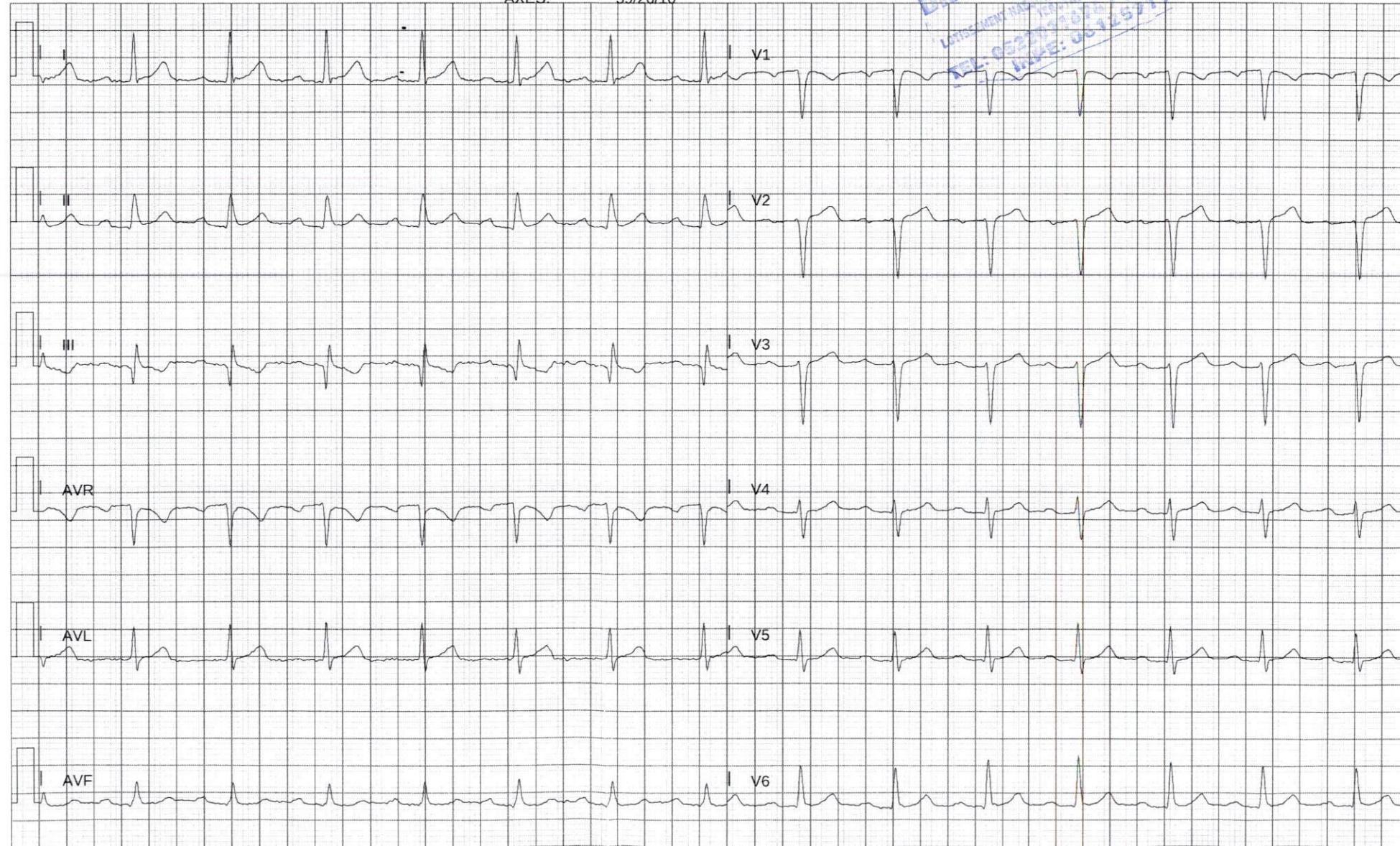
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

ID:  
**BEN MBAREK, MBAREK**  
**HOMME ---**  
TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---/---  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:

11/05/2023 11:11:32  
FC: 87 bpm  
PR: 224 ms  
QRSd: 88 ms  
QT/QTc: 338/385 ms  
QTcB: 407 ms  
QTcF: 382 ms  
Rv5-6/Sv1 0,88/0 mV  
Sok-Lyon: 0,88 mV  
AXES: 59/26/10 °

Rythme sinusal avec bloc A-V 1er degré  
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge du patient ---  
Infarctus antérieur possible - Age indéterminé  
ECG abnormal

Non confirmé



DR. EL MOURIB MONIA  
CARDIOLOGIE  
L'HOPITAL NATIONAUX DR. EL ALAOUI APP L.  
TEL: 02157148  
TÉL: 02157148  
TELE: 0565527007