

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11533</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>NASR YOUNA</u>
Nom & Prénom : <u>NASR YOUNA</u>		<u>A 6877</u>	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>0600643793</u>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 \_\_\_\_\_  
**Signature de l'adhérent(e) :** \_\_\_\_\_



#### **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
27/07/2011 23	ECG Echographie trans thoracique	1 + 000 500	1500	INP : [REDACTED]

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Victoria sur H-17-28 SAMAL S-1000-22320701</i>	<i>27/07/23</i>	<i>1116,20</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

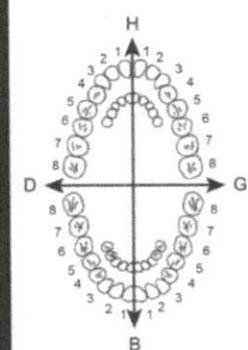
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

TA: 150 / 73

Fr: 66

Spo<sub>2</sub>: 100%

2300255970 / 2112022140400.

Prénom : MOUNA

Nom : NASR

DDN : 12/02/1979 E: 27/07/2023

Service : EXPLORATION ADULTE (SO)

meu. :

Technicien :

Commentaires :

PAYANT  
Sexe: F

27/07/2023 08:15:46

FC: 65 bpm

PR: 110 ms

QRS: 64 ms

QT/QTcH: 416/425 ms

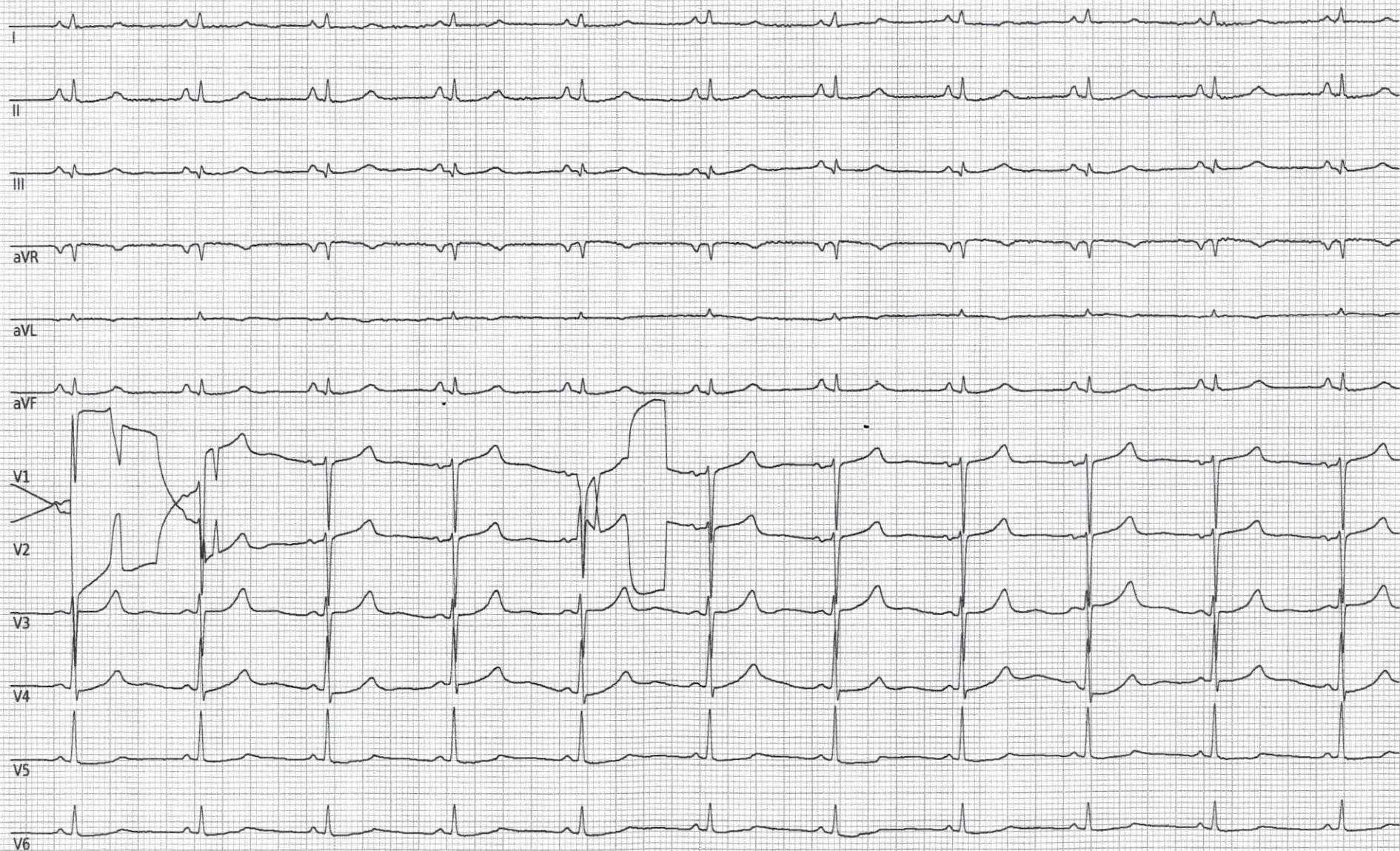
QTcB: 433 ms

QTcF: 427 ms

Rv5-6/Sv1 : 1.14/1.52 mV

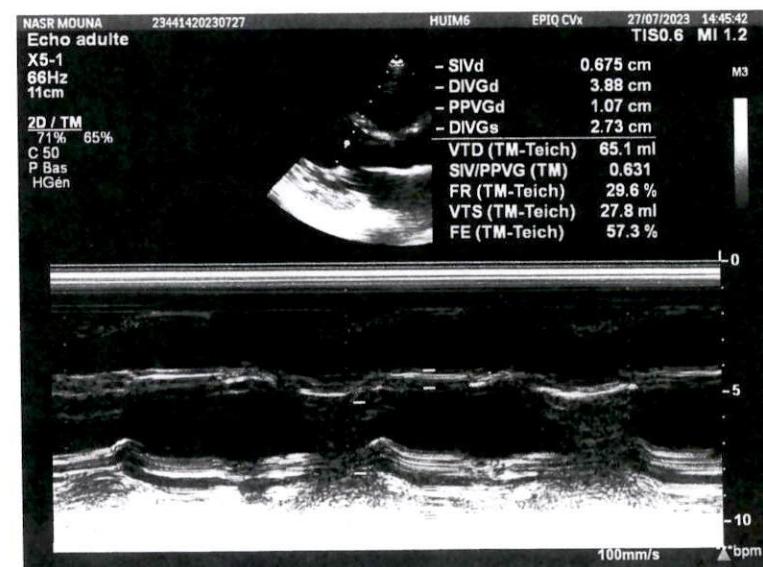
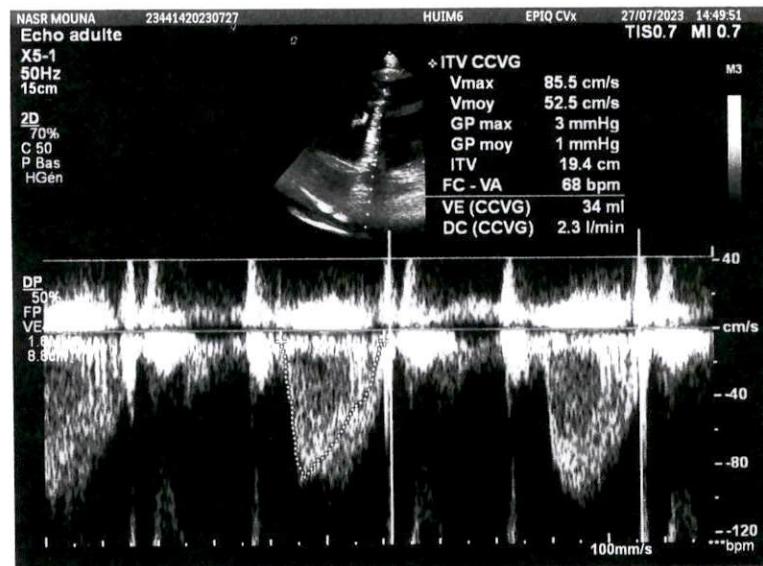
Sok-Lyon : 2.66 mV

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693





Bouskoura, le 27/07/2023

### AVIS DE CARDIOLOGIE

Patient : NASR MOUNA est âgé de 44 ans

- **FDCV :** Age, connu diabétique depuis l'age de 7 ans sous insuline avec nephropathie diabétique, non hypertendu, non tabagique
- **ATCD :** Mère d'une fille de 19 ans, nephropathie diabétique au stade d'hemodilysé démarée il y a 2 semaines avec diurèse conservée,

suvie pour cardiopathie ischémique cardiopathie ischémique avec angioplastie en 2018 et 2021

coronarographie en Septembre 2022 : **Stents de l'IVA, et la coronaire droite perméables.** occlusion chronique du stent de la marginale avec un lit d'aval de petit calibre pathologique. sténose serrée de l'IVA apicale (noter l'existence d'un gap non sténosant entre les deux stents de l'IVA.

- **Avis cardio demandé pour évaluation**
- **Signes fonctionnels cardiaque :** Pas de notion de douleur thoracique, ni de dyspnée, de palpitation ou de perte de connaissance.
- **Examen clinique cardio-vasculaire:**

Patient eupnéique, stable sur le plan HD et respiratoire, supporte le DD TA=140/66 mm Hg. FC= 64 cpm

Pas de signes d'insuffisance cardiaque. Pas de signes de thrombose veineuse profonde, les pouls périphériques sont bien perçus et symétriques

Auscultation cardiaque : rythme régulier, pas de souffle audible. Pas de râles crépitant

- **ECG :** Rythme régulier sinusal avec fréquence cardiaque moyenne à 66 cpm, pas de signes d'hypertrophie cavitaire, pas de troubles de la repolarisation
- **ETT :** faite à J1 post dialyse  
Echocardiographie sans anomalie, avec bonne fonction systolique du VG, FEVG à 66%, pas de valvulopathie significative, bonne fonction du VD, décollement péricardique minime.

#### CAT :

Maintenir son traitement : Coplavix 1cp/jour, Cardensiel 10 1cp/jour, Vstral 35 1cp/jour, Adancor 10mg 1cp/jour, Amep 10 1cp/jour

Signé Pr EL OUARRADI Amal



Bouskoura, le 27/07/2023

## ÉCHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

Nom du patient : NASR MOUNA SC : 1.5

Indication : Evaluation cardiaque CMI , diabète

Patient eupnéique, TA 130/60 mmHg FC à 80 cpm

VGD	VGS	PPD	SD	FE
38mm	27mm	10mm	10 mm	67%

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction systolique globale et segmentaire
- FE VG= 67% (SB), Débit cardiaque :
- Pressions de remplissage du VG sont normales.
- VD non dilaté, de fonction systolique normale TAPSE = 18 mm S' = 12 m/s
- Oreillette gauche non dilatée libre d'echo. SOG = 15 cm<sup>2</sup> Diamètre TS=39 mm
- Oreillette droite non dilatée libre d'echo . SOD = 11 cm<sup>2</sup>
- Valve mitrale fine avec fuite minime sans sténose
- Sigmoïdes aortiques au nombre de 3, d'échostructure normale. Pas de fuite ni sténose. Vmax = 0.9 cm/s ITV sous aortique = 20 cm
- IT minime estimant la PAPS à 15+5mmHg, voie pulmonaire libre
- VCI fine compliante.
- Décolelement péricardique minime de 4mm latéro OD
- Aorte ascendante non dilatée à 32 mm

### AU TOTAL :

- Bonne fonction systolique biventriculaire, FEVG à 67%
- Oreillettes non dilatées
- Pas de valvulopathie significative
- Les pressions de remplissage sont normales ce jour
- Pas d'HTP
- Péricarde sec

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Amal OUARRADI - Service de Cardiologie  
Bouskoura - Casablanca - Maroc - 121203269

Signé: Pr EL OUARRADI Amal



## وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le : 16/07/2003

Cher monsieur,

J'adresse à M. NASSIR Djeau,  
44 ans, Dr., Gastrologue  
réanimateur (sténde), : DR

Ce Hôpital international Casablanca

Merci pour votre attention

Conseils

Conseils

**HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

2300255970

**F A C T U R E**N° **30 166 / 2023** du **27/07/2023**Nom patient : **NASR MOUNA**Entrée **27/07/2023**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **27/07/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
Electrocardiogramme (ECG)	1.00	K	100.00	100.00
Echographie trans-thoracique (echographi	1.00	K	900.00	900.00
			Sous-Total	1 000.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000.00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

MILLE DIRHAMS

**Total** **1 000.00**

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	1 000.00	1 000.00	0.00

Ref Chq : 2135600407/CREDIT DU MAROC /

(50 X 28 X 114) mm

(50 X 28 X 114) mm

4112022140400.

D VI

137,20

137,20



VI  
13269

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplaxix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 118001 082018

6 118001 082018

27 juillet 2023

NASR MOUNA

$$220,00 \times 2 = 440,00$$

1/Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin

2/ Adancor 10mg 1cp /jour

3/ Cardensiel 10 mg 1cp/j

4/ Amep 10 mg 1 cp/j

5/ Stanorm 20 mg 1 cp/j

6/ Vascor 35 mg 1 cp x 2/j

7/ Lampröl 30 mg 1 gelX2j le matin 15 min avant repas

$$1538,00 = 2 \times 769,00 \\ 71,20$$

137,20

$$\times 2 \\ = 274,40$$

TRAITEMENT DE 6 MOIS



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 : www.hm6.ma

6 118001 100897  
Cardensiel® 10 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 76,90 DH

001 100897  
Cardensiel® 10 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 76,90 DH

7862160242



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : *NASR HOUNA*

Matricule : *11533* N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

*Joint ordonnance*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

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

03 କୁରୀ ପ୍ରତି ପାଇଁ

၁၃၂

፩፻፲፭

Chaque comprimé contient 10 mg de nicorandil. Excipients : ..... q.s.p un comprimé sécable. Avant toute utilisation, lire la notice. Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Sur prescription médicale uniquement. A conserver à une température ne dépassant pas 25°C. A conserver à l'abri de l'humidité. Contient un agent déshydratant dans chaque plaquette. Ne pas porter l'agent déshydratant

Fabricant : Merck Healthcare KGaA, Frankfurter Strasse 250 - 64293 Darmstadt, Allemagne

Fabricant : MERCK Heppelbach KGaA, Hanauer Strasse, 250 - 64293 - Darmstadt, Allemagne.  
Titulaire d'AMM et distributeur: Cooper Pharma, 41 rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca, Maroc.

Pharmacien Responsable : Amina Daoudi AMM N°: 482/16 DMP/21/NCI

Sous licence de: Merck Santé 37 rue Saint-Bonain 69008 Lyon France

## Adancor® 10 mg

#### Nicorandil

#### Voie orale

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable -Boîte de 30

Prix : 72.80 Dhs

## Pharmacien Responsable



3001103001

**30** comprimés sécables

MERCK

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

D-191

Lot 601F9L2Z  
Exp. 02/2024  
Fab. 03/2022

LOT 230023  
EXP 02/2026  
PPV 75.20DH

عن طريق الفم  
**10**

أملاك دوائية

28 × ○  
فرصا

6 118000 081784

AMEP® 10mg ○  
28 comprimés

  
**COOPER**  
PHARMA