

## 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 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.

### 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.

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° W21-761526

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1785 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HAIMER ABDERRA ZAK.  
 Date de naissance : 01/01/1949  
 Adresse :  
 Tél : 0654741383 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 07/09/2021  
 Nom et prénom du malade : EL HAIMER ABDERRA ZAK.  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 07/09/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNMP N° : A-A-2.15/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
07/09/23	3 + 10		400 DH	INP: 091180922

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	07/09/23

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																												
				MONTANTS DES SOINS [ ]																												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																												
				FIN D'EXECUTION [ ]																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D																															
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire a la profession			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: *El Hamier*

Casablanca, le **07 SEP. 2023**

*27.00 x 10*  
*Defensive* (2)

*57.70 x 2*  
*56.80 x 5*  
*1 y le uat*  
*Aldactone* (5)

*1 y le uat*

*119,40*

PHARMACIE DOULMAHE  
OULED HADDOU  
Bd Ouled Haddou, No 39 Bis,  
CASA  
Tél: 05 22 50 60 26

**Dr Saâd SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> 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 : 001755076000067 - IPN : 091130922

- si vous êtes allergique à la spironolactone ou à l'un des autres

particulier en fonction du poids du patient.  
Le comprimé peut être divisé en doses égales.

Ce que contient ALDACTONE 50 mg, comprimé sécable ?

- La substance active est :

## Pfizer NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament

# ALDACTONE® 50 mg, 75 mg, comprimé sécable

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V. : 56DH80

6 118001 170029



6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

tte notice  
ent car

riez avoir

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V. : 56DH80

6 118001 170029



6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

ou votre

Ne le donnez  
il pourrait leur  
des de leur  
ix vôtres.  
onque effet  
a médecin  
S'applique  
e qui ne  
cette notice.

E, comprimé  
est-il utilisé ?

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V. : 56DH80

6 118001 170029



6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

Le principe actif de ce médicament (la spironolactone) peut provoquer un test positif lors d'un contrôle anti-dopage.

### Enfants et adolescents

Sans objet.

### Autres médicaments et ALDACTONE

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, notamment les médicaments suivants : médicaments de la même famille que la spironolactone (diurétiques épargneurs de potassium : tels que l'amiloride, le canrénoate de potassium, l'éplérénone, le triamterène ou le potassium), médicament utilisé pour le traitement de certaines tumeurs des glandes surrénales, le mitotane, certains médicaments utilisés avant ou après une greffe pour éviter le rejet du greffon (la ciclosporine ou le tacrolimus), médicaments destinés à baisser la tension artérielle (les inhibiteurs de l'enzyme de conversion et les antagonistes des

### Les effets

- une gynéc
- seins chei
- générale
- pouvant p
- des troubl
- une inflan
- des crampl
- (jambes, pie
- une somnol
- des troubles
- une impuiss
- un décollem
- rapidement
- grave à tout
- une éruption
- médicament
- (quantité excessive de certains gra
- blancs) et manifestations systémiques
- (affections touchant différentes
- localisations).
- **une éruption cutanée.**
- une pemphigoïde (maladie se
- caractérisant par la présence d'ampoules
- remplies de liquide sur la peau)

ALDACTONE 50MG 20CPS

P.P.V. : 56DH80

6 118001 170029



6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

ALDACTONE 50MG 20 CPS

P.P.V. : 56DH80

6 118001 170029



6 118001 170029

Laboratoires  
Pfizer S.A.

**Pfizer** NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament

# ALDACTONE® 50 mg, 75 mg,

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

te notice  
ent car

riez avoir

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**

P.P.V: 57DH70



6 118001 170029

ons,  
i votre

le le donnez  
il pourrait leur  
es de leur  
x vôtres.

Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

## Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que ALDACTONE, comprimé sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre

Le principe actif de ce médicament (la spironolactone) peut provoquer un test positif lors d'un contrôle anti-dopage.

### Enfants et adolescents

Sans objet.

### Autres médicaments et ALDACTONE

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament, notamment les médicaments suivants : médicaments de la même famille que la spironolactone (diurétiques épargneurs de potassium : tels que l'amiloride, le canrénoate de potassium, l'éplérénone, le triamtérene ou le potassium), médicament utilisé pour le traitement de certaines tumeurs des glandes surrénales, le mitotane, certains médicaments utilisés avant ou après une greffe pour éviter le rejet du greffon (la ciclosporine ou le tacrolimus), médicaments destinés à baisser la tension artérielle (les inhibiteurs de la conversion et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II).

### Les effets suivants peuvent survenir :

- une gynécomastie (gonflement des seins chez l'homme) disparaissant généralement à l'arrêt du traitement mais pouvant persister dans de rares cas.
- des troubles digestifs.
- une inflammation du foie (hépatite).
- des crampes des membres inférieurs (jambes, pieds...).
- une somnolence.
- des troubles des règles chez la femme.
- une impuissance chez l'homme.
- un décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre de façon très grave à tout le corps.
- une éruption cutanée d'origine médicamenteuse avec éosinophilie (quantité excessive de certains globules blancs) et manifestations systémiques (affections touchant différentes localisations).
- une éruption cutanée.
- une pemphigoïde (maladie se caractérisant par la présence d'ampoules remplies de liquide sur la peau).
- une mauvaise fonctionnement des reins

Ce que contient ALDACTONE 50 mg,

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

7870801017

**MERCK**

## DÉTENSIEL® 10 mg, comprimé pelliculé sécable

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Voie orale

La posologie doit être adaptée individuellement. La dose habituelle pour les adultes est de un comprimé de Détensiel 10 mg, une fois par jour.

Dans les cas sévères, la dose peut être augmentée à 20 mg une fois par jour.

Dans tous les cas, la posologie doit être adaptée individuellement et progressivement, en fonction notamment de la fréquence cardiaque et de la réponse au traitement.

### Durée du traitement

Le traitement par Détensiel est généralement un traitement au long cours.

### Posologie chez les patients présentant une insuffisance hépatique et/ou rénale

Aucune adaptation posologique n'est généralement nécessaire chez les patients présentant des troubles de la fonction hépatique ou rénale de sévérité légère à modérée.

Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 20 ml/min) et chez les patients présentant des troubles sévères de la fonction hépatique, la dose maximale est de 10 mg par jour.

### Posologie chez les personnes âgées

Le traitement doit être initié avec des faibles doses (5 mg) et sous surveillance étroite.

### Posologie chez l'enfant

En l'absence d'étude sur les effets du bisoprolol chez l'enfant, l'utilisation de Détensiel n'est donc pas recommandée dans ce groupe d'âge.

### Mode d'administration

**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

Professeur de Cardiologie

356, Rue Mostafa El Maâni

Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

Patient :



**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

Casablanca, le - **07-SEP-2023**

**Dr Saâd SOULAMI**

Professeur de Cardiologie

356, Rue Mostafa El Maâni

Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

Je soussigné

certifie que le

Dr Hamid ALBERT

a eu le T.A. suivie

par nosseste un

traitement de longue

durée et avec

**Dr Saâd SOULAMI**

Professeur de Cardiologie

356, Rue Mostafa El Maâni

Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA

356, زقة مصطفى المعاني (قرب زقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinet-soulami@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 : 001755076000067 - IPN : 091130922

EL HAIMER, ABDERRAZAK

ID:

D-naiss:

ans,

07-Sep-2023 16:57:40

Fréq.Card: 55 BPM

Int PR: 167 ms

Dur.QRS: 98 ms

QT/QTc: 441 / 430 ms

Axes P-R-T: 32 11 49

Moy RR: 1079 ms

QTcB: 424 ms

QTcF: 429 ms

BRADYCARDIE SINUSALE

FAIBLE POSSIBILITE DE TRACE D'HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE (HVG) OU ASPECT NORMAL  
DEVANT [UN DES CRITERES SUIVANTS: GRANDE ONDE R EN AVL OU V5, GRANDE ONDE S EN V1, GRANDE  
ONDE R EN V5/V6 ET GRANDE ONDE S EN V1]  
ECG SUBNORMAL

Non confirmé

**Dr. Saad Soudani**  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mohamed El Mouni  
Tél: 0522 22 16 04 / 0522 26 13 36



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 50456 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz