

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.



Declaration de Maladie

N° W19-508373

N° 30397

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : 00372 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Boussetta Halima

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Assif c NE 319 Marrakech

Tél : 0661 20 89 26

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin : Spécialiste des maladies du cœur

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 18/05/2020

Nom et prénom du malade : Boussetta Halima Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech Le : 28/06/20

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-508373

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 00372

Nom de l'adhérent(e) : Boussetta Halima

Total des frais engagés : 1456,2

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.

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
18/05/20	CCN	4	250DH	Dr: OAM BASS Spécialiste des maladies du cœur et des vaisseaux N°1 Imm 5 Angle Dilal El Fassi Aédrokora - Khatlabi - Marrakech Tél : 03 24 291 293

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KAMILA Lotissement BOUAMPA 78 - 70 ASSIF - Marrakech Tél : 034.20.53.22 I. N. P. E 07203591	18/05/20	1206,20DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
Q.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. DILAI SARA

**Spécialiste des maladies du Cœur
et des vaisseaux**

- Echocardiographie doppler
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique
- Epreuve d'effort



الدكتورة ديلالي سارة

**إختصاصية في أمراض القلب
والشرايين**

- الفحص بالصدى الصوتي
- قياس دقات القلب والضغط الدموي على المدى الطويل
- إمتحان الجهد

Marrakech, le : 18/05/2020

17mm

Boussetra

Dr SARA DILAI
Spécialiste des maladies du Cœur
et des vaisseaux
Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi
et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech
Tél / Fax : 0524 291 293

- Inexium 40x

1/4 2/10

72x Detensiel

125,60

43 - Poi - preterax 5/1,25

1 pty le matin

15 7/10

43 - No-lip 10x

Pharmacie KAMILA
Lotissement BOUAMRIA
75 - 70 ASSIF - Marrakech
Tél : 024.30.63.22

120x Amep 5mg
1 pty

Dr SARA DILAI
Spécialiste des maladies du Cœur
et des vaisseaux
Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi
et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech
Tél / Fax : 0524 291 293

ساروقم 5، شقة 1، زاوية علال الفاسي وعبد الكريم الخطابي (فوق مقهى) - مراكش

Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi et Abdelkarim El Khattabi (au dessous café mes rendez vos) - Marrakech

Tél./Fax : 0524 291 293 - E-mail : dr.s.dilai@gmail.com

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubeyr benou el ouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

841/150MP/21NRQ P.P.V.: 142,10 DH

6 118001 020607

DÉTENSIEL® 10
30 comprimés pelliculés s



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

78621

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

125,60

125,60

125,60

NOLIP®

Rosuvastatine 10 mg et 20 mg

Boîtes de 10 et 30 comprimés pelliculés

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

NOLIP® 10 mg
30 comprimés
pelliculés



LOT 197052
EXP 06/21
PPV 157DH10

e, sodium.
EUOTIQUE
t, Code ATC : C10AA07.
IES

émies :
igés de 6 ans ou plus avec hypercholestérolémies pures (type II a
familiales hétérozygotes) ou dyslipidémies mixtes (type II b), en
la réponse au régime et aux autres traitements non pharmacolo-
est pas suffisante.

complément d'un régime hypolipidémiant (exercice, perte de poids)
giques (exercice, perte de poids)
- Hypercholestérolémie familiale homozygote, en complément d'un régime et d'autres traitements
hypolipidémiant (notamment l'aphérèse des LDL) ou lorsque ces traitements ne sont pas appropriés.

Prévention des événements cardiovasculaires :

- Prévention des événements cardiovasculaires majeurs chez les patients estimés à haut risque de
faire un premier événement cardiovasculaire, en complément de la correction des autres facteurs de
risque.

5. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

NOLIP® peut être administré à tout moment de la journée, indépendamment des repas.

Durée du traitement et fréquence d'administration :

Avant de débuter le traitement, le patient doit suivre un régime hypocholestérolémiant adapté qu'il
devra continuer pendant toute la durée du traitement.

La posologie sera adaptée selon l'objectif thérapeutique et la réponse du patient, en fonction des
recommandations en vigueur.

Traitement des hypercholestérolémies :

La dose initiale recommandée est de 5 ou 10 mg une fois/jour par voie orale aussi bien chez les
patients naïfs que chez les patients précédemment traités par un autre inhibiteur de l'HMG-CoA
réductase. Pour un patient donné, le choix de la dose initiale devra tenir compte du taux de LDL-C, du
risque cardiovasculaire potentiel ainsi que du risque de survenue d'effets indésirables.
Une augmentation de la posologie à la dose supérieure peut se faire après 4 semaines si besoin.

NOLIP®

Rosuvastatine 10 mg et 20 mg

Boîtes de 10 et 30 comprimés pelliculés

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

NOLIP® 10 mg
30 comprimés
pelliculés



LOT 197052
EXP 06/21
PPV 157DH10

e, sodium.
EUTIQUE
t, Code ATC : C10AA07.
IES

émies :
igés de 6 ans ou plus avec hypercholestérolémies pures (type II a
familiales hétérozygotes) ou dyslipidémies mixtes (type II b), en
la réponse au régime et aux autres traitements non pharmacolo-
est pas suffisante.

complément d'un régime hypolipémisant (exercice, perte de poids)
giques (exercice, perte de poids)
- Hypercholestérolémie familiale homozygote, en complément d'un régime et d'autres traitements
hypolipémiants (notamment l'aphérese des LDL) ou lorsque ces traitements ne sont pas appropriés.

Prévention des événements cardiovasculaires :

- Prévention des événements cardiovasculaires majeurs chez les patients estimés à haut risque de
faire un premier événement cardiovasculaire, en complément de la correction des autres facteurs de
risque.

5. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

NOLIP® peut être administré à tout moment de la journée, indépendamment des repas.

Durée du traitement et fréquence d'administration :

Avant de débuter le traitement, le patient doit suivre un régime hypocholestérolémiant adapté qu'il
devra continuer pendant toute la durée du traitement.

La posologie sera adaptée selon l'objectif thérapeutique et la réponse du patient, en fonction des
recommandations en vigueur.

Traitement des hypercholestérolémies :

La dose initiale recommandée est de 5 ou 10 mg une fois/jour par voie orale aussi bien chez les
patients naïfs que chez les patients précédemment traités par un autre inhibiteur de l'HMG-CoA
réductase. Pour un patient donné, le choix de la dose initiale devra tenir compte du taux de LDL-C, du
risque cardiovasculaire potentiel ainsi que du risque de survenue d'effets indésirables.
Une augmentation de la posologie à la dose supérieure peut se faire après 4 semaines si besoin.

NOLIP®

Rosuvastatine 10 mg et 20 mg

Boîtes de 10 et 30 comprimés pelliculés

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

NOLIP® 10 mg
30 comprimés
pelliculés



LOT 197052
EXP 06/21
PPV 157DH10

e, sodium.
EUOTIQUE
t, Code ATC : C10AA07.
IES

émies :
igés de 6 ans ou plus avec hypercholestérolémies pures (type II a
familiales hétérozygotes) ou dyslipidémies mixtes (type II b), en
la réponse au régime et aux autres traitements non pharmacolo-
est pas suffisante.

complément d'un régime hypolipémisant (exercice, perte de poids)
giques (exercice, perte de poids)
- Hypercholestérolémie familiale homozygote, en complément d'un régime et d'autres traitements
hypolipémiants (notamment l'aphérese des LDL) ou lorsque ces traitements ne sont pas appropriés.

Prévention des événements cardiovasculaires :

- Prévention des événements cardiovasculaires majeurs chez les patients estimés à haut risque de
faire un premier événement cardiovasculaire, en complément de la correction des autres facteurs de
risque.

5. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Mode et voie d'administration :

Voie orale.

NOLIP® peut être administré à tout moment de la journée, indépendamment des repas.

Durée du traitement et fréquence d'administration :

Avant de débuter le traitement, le patient doit suivre un régime hypocholestérolémiant adapté qu'il
devra continuer pendant toute la durée du traitement.

La posologie sera adaptée selon l'objectif thérapeutique et la réponse du patient, en fonction des
recommandations en vigueur.

Traitement des hypercholestérolémies :

La dose initiale recommandée est de 5 ou 10 mg une fois/jour par voie orale aussi bien chez les
patients naïfs que chez les patients précédemment traités par un autre inhibiteur de l'HMG-CoA
réductase. Pour un patient donné, le choix de la dose initiale devra tenir compte du taux de LDL-C, du
risque cardiovasculaire potentiel ainsi que du risque de survenue d'effets indésirables.
Une augmentation de la posologie à la dose supérieure peut se faire après 4 semaines si besoin.

Boussetta, Halima

ID:

D-naiss:

18-Mai-2020 14:16:37

Fréq. Card.:	69	BPM
Int PR:	188	ms
Dur.QRS:	96	ms
QT/QTc:	386 / 405	ms
Axes P-R-T:	88 -22 43	
RR moyen:	862	ms
QTcB:	415	ms
QTcF:	405	ms

Dr SARA DILAI
Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux
Appr. N° 123456789
et Av. N° 123456789
Tel / Fax : 05 24 291 293

TA = 130/70
mty

