

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre à la facture.

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 canalaires.

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 |

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : ..... *(19002)*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BEN KADMIR MOSTAPHA*

Date de naissance : *23.06.1954*

Adresse : *19, RUE BAALABAÏ ETG 2 N° 6 BOYDIA CASA 20100*

Tél. : *06.33.30.33.63*

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : *18 NOV 2020*

Nom et prénom du malade : *Benkadir Mostapha* Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Antiph*

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 mon honneur que les renseignements portés sur la présente déclaration, je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *CASA*

Le : *19/11/2020*

Signature de l'adhérent(e) :

*Benkadir Mostapha*

### 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
14 NOV 2020	CEN		100 Dhs	
	En			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/2020	1308,00

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**H**

**D**

**B**

**G**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

*Dr. Hafid OUKHLIFT*

## **EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R**

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

**MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE CARDIOLOGIE**

## **DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE**

### **SÉRÉVISEZ LA THERAPIE**

**CERTIFICAT DE LA FEDERATION  
INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE L'EMC**

## INTERNATIONAL EQUISCAPE

ECHO  
E80

الدكتور حفيظ أخذليفت

**طيب رئيس ساقا بالقوات المسلحة الملكية**

عضو منتدى الجمعية الفرنسية

الأوروبية لأمراض القلب

عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشريانى

**شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الاتحاد**

الأوروبى للأطلاع والذخائين

الكشف بالصدف (اكوغرافيا)

تخطيط القلب

Casablanca, le 20<sup>e</sup>

شارع الالات، الرقم ٥٨، الطابق الثاني، بنجديه، قرب سوق بنجديه • الدار البيضاء • الهاتف : ٠٥٢٢ ٣٠ ٢٦ ٢٣

58, Bd d'Alsace, 2<sup>ème</sup> étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

Le 1er -

30,00



HARMACIE NOUVELLE  
CASABLANCA  
K BOUJZI RAY  
18 Bd de la LIBERTE  
61 05 22 31 47 17 CASABLANCA

med

s

- Progr

pe

2 med



19,90

- 24 cl med

pe

21,00

- Libra

276312



med

1308  
HARMACIE NOUVELLE  
CASABLANCA  
K BOUJZI RAY  
18 Bd de la LIBERTE  
61 05 22 31 47 17 CASABLANCA

CABINET MEDICAL  
DR OULD HAFID  
Dr d'Etat en Medicine Spec  
58 Bd Alsace - Casablanca  
tel. : 05 22 30 28 23

# ORDONNANCE

CABINET MEDICAL  
Dr. OUKHIFI HAFID  
Dr. d'Etat en Médecine Générale  
58, Bd. d'Alsace - Casablanca  
Tél. : 05 22 30 26 23

19 Nov. 2020

Asbenconir No. 84/2020

Car Taz. du m.

vs Rf. Th. - + Dr. Hafid

Vit : colo. Norme

Un : 1<sup>er</sup> N

S. Cdy

CABINET MEDICAL  
Dr. OUKHIFI HAFID  
Dr. d'Etat en Médecine Générale  
58, Bd. d'Alsace - Casablanca  
Tél. : 05 22 30 26 23

CETRA® 325mg/37,5mg  
20 comprimés pelliculés



6 118000 210399

ID : 626760 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 218,00 DH  
6 118001 141876

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

30,00

LOT:20135 PER:09/2023  
PPV:21,00 DH

DULASTAN®

500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés



DULASTAN® 500 mg / 2 mg

دوالستان ٥٠٠ مجم / ٢ مجم

Boîte de 20 comprimés

RANCIPHEX® 10 mg

14 comprimés gastro-résistant  
Voie orale



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 06/2022  
LOT 9D012 4



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 08/2022  
LOT 9D012 8

ASKARDIL® 75 mg  
30 comprimés dispersibles



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 08/2022  
LOT 9D012 8

ASKARDIL® 75 mg  
30 comprimés dispersibles



ID : 626760 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 218,00 DH  
6 118001 141876

ID : 633273 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 218,00 DH  
6 118001 141876

PPV 126DH00  
PER 03/23  
LOT J 604

DIPREZAR®  
Losartan 50 mg +  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés



Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés



PPV 126DH00  
PER 01/23  
LOT J 266

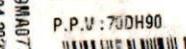
126,00  
PPV 26DH00  
PER 02/21  
LOT J 18

DIPREZAR®  
Losartan 50 mg +  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés



6 118000 041658

PROFENID 100 MG  
30 CP PEL  
P.P.V : 70DH90



6 118000 0668892

mindray

DE-10000-R7 Hand

20200519 170154 6448

19-05-2020 18:00:14

DP-10

ART-4-Auto

W-4-NM

W-4-S

W-4-T

W-4-U

W-4-V

W-4-W

W-4-X

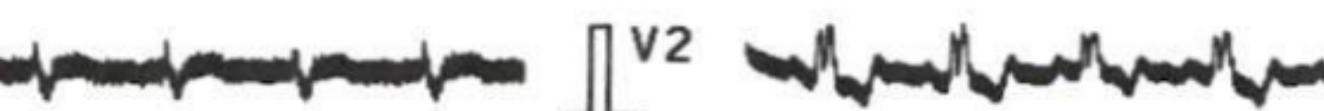
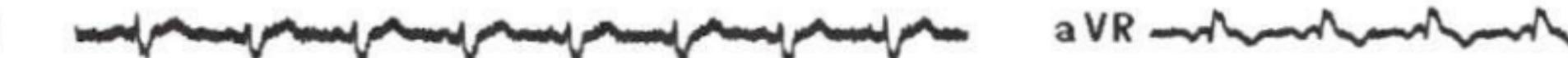
W-4-Y

W-4-Z

M



Patient: Mostaa Melkadmir



19.11.2020 18:13

<AUTO> 10mm/s 5mm/mV 0.75/60/45Hz AsCARD Green

PATIENT

Prénom: Mostaa

Nom: Melkadmir

No d'identif.:

Sexe:

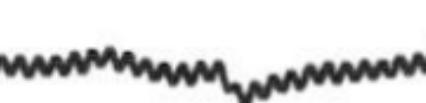
Age: ans

Taille: cm

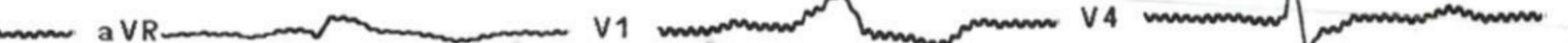
Poids: kg

Pression artérielle:

/ 60 mmHg



II



I

aVR

V1

V4

V5

#1:

#2:

CABINET

Nom: Dr oukhlift hafid

Adresse: Bd alzace benjdia

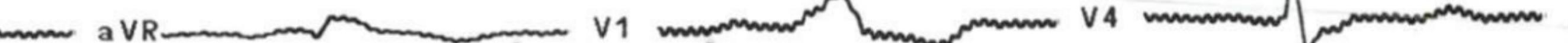
Contact: 0522302623

III

aVF

V3

V6



25mm/s 5mm/mV 0.75/60/45Hz AsCARD Green

		P+	P-	Q	R	S	T+	T-	ST
HR:	41 [1/min]	I	0.45	0.00	-0.07	0.37	0.00	0.48	0.00 + 0.40
RR:	1450 [ms]	II	0.26	-0.07	-0.14	0.24	0.00	0.44	0.00 0.48
QRS:	108 [ms]	III	0.00	-0.49	-0.19	0.17	-0.32	0.09	-0.30 -0.09
QT:	406 [ms]	aVR	0.00	-0.31	0.00	0.06	0.00	0.00	-0.41 -0.35
QTc:	337 [ms]	aVL	0.48	0.00	0.00	0.34	-0.12	0.37	0.00 0.25
P:	111 [ms]	aVF	0.14	-0.28	-0.17	0.16	-0.14	0.27	-0.09 0.09
PQ(PR):	134 [ms]	V1	0.00	-0.58	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.93 -0.93
Axe QRS:	- 25 [°]	V2	0.05	-0.42	0.00	0.07	-0.44	0.00	-0.57 -0.52
Axe P:	- 22 [°]	V3	0.93	0.00	0.00	0.23	0.00	0.42	0.00 -0.10
Axe T:	- 42 [°]	V4	1.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.60	0.00 0.34
		V5	1.05	0.00	0.00	0.42	0.00	0.58	0.00 0.36
		V6	0.80	0.00	0.00	0.50	0.00	0.68	0.00 0.53

Valeurs en [mV]

### Résultats d'interprétation INA

116 - rythme supraventriculaire irrégulier  
 420 - axe électrique moyen  
 506 - diminution significative du segment ST, ischémie myocarde possible  
 INTERPRÉATION AUTOMATIQUE VÉRIFIÉE  
 PAR LE IDECIN OUI / NON