

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## 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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 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.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0005502

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238 Société : M5027

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BDITE NAIMA

Date de naissance : 1950

Adresse : 2, Rue Prosper Merimee RES ZARA

VAL FLEURI

Tél. : 0661425140 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/05/2022

Nom et prénom du malade : M. BDITE NAIMA Age :

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

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 11/05/2022

Signé par le patient(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
10/05/22	G + K 15		309,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/22	1329,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

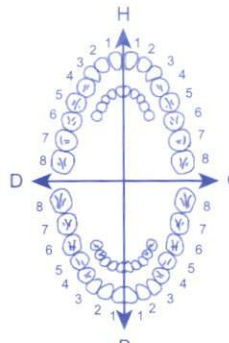
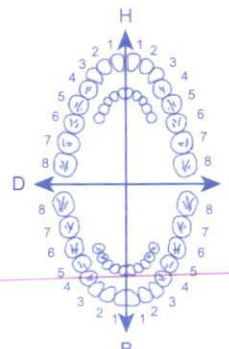
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à 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



# مصلحة الاختصاصات الشفاء

## Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : .....

Casablanca le 10/05/2022

Mme BDITE NAIMA

273,00 x 4  
79,00 x 2  
1329,00  
1- EXFORGE 10/160 mg

1cp/j

2- TAHOR 10mg

1cp/j

QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

Angle rues Lahcen EL Arjoune et Lavoisier

(face Hôpital 20 Août)

Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

**EXFORGE® 10 mg/160 mg**

**Amlodipine/Valsartan**

**إكسفورج 10/160 مغ**

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 مغ من أملوديبين و 160 مغ من فالسارتان



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

**Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2023  
BUX15

EXP  
LOT

2404

**EXFORGE® 10 mg/160 mg**

**Amlodipine/Valsartan**

**إكسفورج 10/160 مغ**

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 مغ من أملوديبين و 160 مغ من فالسارتان



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

**Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2023  
BUX15

2404

EXP  
LOT



**EXFORGE® 10 mg/160 mg**

**Amlodipine/Valsartan**

**إكسفورج 10/160 مغ**

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 مغ من أملوديبين و 160 مغ من فالسارتان



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

**Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2023  
BUX15

2404

EXP  
LOT

**EXFORGE® 10 mg/160 mg**

**Amlodipine/Valsartan**

**إكسفورج 10/160 مغ**

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 مغ من أملوديبين و 160 مغ من فالسارتان



611800103060 6

**EXFORGE** ○

**10mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 273,00 DH

**Exforge® 10 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2023  
BUX15

EXP  
LOT

2404

Pfizer

**TAHOR**  
atorvastatine

**10<sub>mg</sub>**

**TAHOR** 10<sub>mg</sub> ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

**28**  
COMPRIMÉS  
PELLICULÉS

UT. AV.: 0 2 2 5

P.P.V

7 9 0 0

LOT N°: FW 7 2 8 5

09366082/4



**Pfizer**

**TAHOR**  
atorvastatine

**10<sub>mg</sub>**

**TAHOR** 10<sub>mg</sub> ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

**28**  
COMPRIMÉS  
PELLICULÉS

UT. AV.: 0 2 2 5

**P.P.V**

7 9 0 0

LOT N°: FW 7 2 8 5

09366082/4

Pfizer

**TAHOR**  
atorvastatine

**10<sub>mg</sub>**

**TAHOR** 10<sub>mg</sub> ○

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

**28**  
COMPRIMÉS  
PELLICULÉS

UT. AV.: 0 2 2 5

**P.P.V**

7 9 0 0

LOT N°: FW 7 2 8 5

09366082/4

M<sup>le</sup> 3238

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : **B DITE NAIMA.**

Matricule : **3238**

N° CIN : **B 8653**

Adresse : **2, Rue Progrez Meimée RES ZARA VAL FLEURJ**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Je soussigne :

**Dr. C. ABDELKHIRANE**  
 Cardiologue  
 Clinique des spécialités Achifaa  
 Angle rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier  
 (face Hôpital 20 Août)  
 Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : **09/1000679**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ À vie

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

**HTA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**- EXFORSE**  
**- Telor**  
**19/5**  
**19/5**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Cara** le **11/05/2022**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. C. ABDELKHIRANE**  
 Cardiologue  
 Clinique des spécialités Achifaa  
 Angle rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier  
 (face Hôpital 20 Août)  
 Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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



مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : .....

Casablanca le 10/05/2022

Mme BDITE NAIMA

273,00 x 4

1- EXFORGE 10/160 mg

1cp/j

79,00 x 2

2- TAHOR 10mg

1cp/j

1329,00

QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

Angle rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier  
(face Hôpital 20 Août)

Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59

URGENCES 24/24 مستعجلات







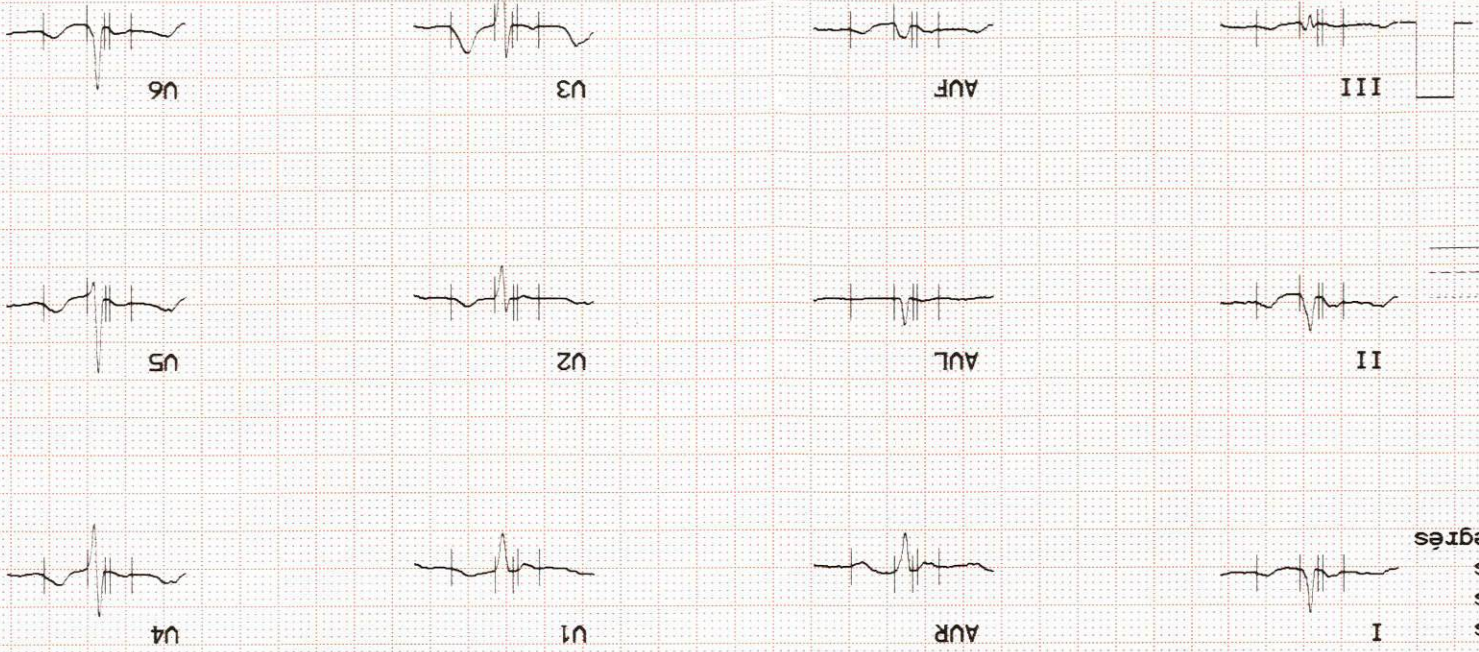
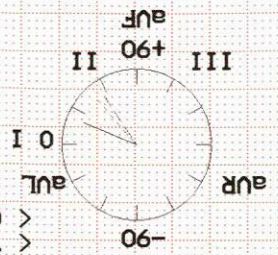
Interpretation:

	IP	PPA	QA	QD	RA	RD	ISA	ISD	RPA	RPD	ISTJ	ISTM	ISTE	ITA	ITPA
U1	-78	1	512	96	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
U2	-34	1	185	38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
U3	43	1	424	36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
U4	58	1	605	41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
U5	68	1	996	48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
U6	78	1	839	76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
I	78	1	585	96	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
AUL	39	1	361	96	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
AUF	107	1	454	78	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
III	29	1	166	77	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
III	29	1	48	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Complexe median dominant:

Résultats mesures:  
QRS : 96 ms  
QT/QTc : 326 / 420 ms  
PQ : 138 ms  
P : 116 ms  
RR/PP : 600 / 600 ms  
P/QRS/T : 48 / 23 / 55 degrés

< P  
< T  
< QRS



rapport non confirmé.