

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

- ☐ 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.

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

N° M21- 0052715

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 408 Société : 130498

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOURY MALIKA Ep HIBOUR

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : Rue SARIABOU Zouaïm Quartier

Palmier Maarif

Tél. : 0638 44 05 47 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél. 22 18 84 26 12 36 CASA

Date de consultation : 13/09/2022

Nom et prénom du malade : CHOURY MALIKA 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'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
13/09/22	Q AECG		500,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/09/22	2604,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

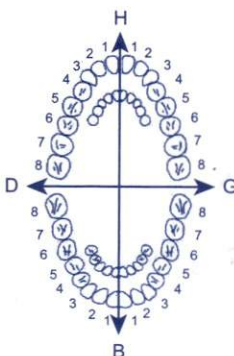
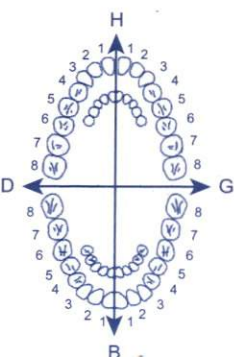
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CENTRE
CARDIOLOGIQUE
CASA-ANFA**



**مركز
أمراض القلب
البيضاء أنفا**

Dr. SOULAMI Saad
CARDIOLOGUE
Professeur Agrégé

13/09/2022

*Dr. Chouky
Halita*

14011067
6 118001 130290
COSYREL 10mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011067
6 118001 130290
COSYREL 10mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011067
6 118001 130290
COSYREL 10mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011067
6 118001 130290
COSYREL 10mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011067
6 118001 130290
COSYREL 10mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca

270,00 x 5

Co plavix 75/10

*1 cp le soir
après dîner 19*

135,60 x 8
2 Co systel 10/10

*1 cp le matin
1 cp le soir (après le repas)*

2 Ator DLP 10 - 9

*1 cp 3 heures
le soir 20 Co systel*

159,90 x 3
Ator 20

2604,90
*1 cp le soir
1 cp le matin*

**Pharmacie
CHRAÏBI Khalil**
Docteur en Pharmacie
M. Mohamed Abdou
Quartier Palmer - Casablanca
Tél: 0522 25 14 67
N° 0522 25 14 67

Dr. SOULAMI Saad
CARDIOLOGUE
Professeur Agrégé



Urgence 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بانتا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48

Boîte sécurisée pour votre protection

PPV: 159DH90



PPV: 159DH90



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance

TAHOR 40MG 28 CPS
P.P.V : 159DH90

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 118001 170791

comprimés pelliculés

clopidogrel/acide acétylsalicylique

SANOFI

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux 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 CoPlavix et dans quel cas
2. Quelles sont les informations à connaître
3. Comment prendre CoPlavix
4. Quels sont les effets indésirables éventuels
5. Comment conserver CoPlavix
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. QU'EST-CE QUE COPLAVIX ET DANS QUELS CAS ?

CoPlavix contient du clopidogrel et de l'acide acétylsalicylique, deux médicaments

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

CoPlavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH



5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

CoPlavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH



On vous a prescrit CoPlavix à la place du clopidogrel et de l'acide acétylsalicylique parce que vous avez eu des caillots sanguins parce que vous avez eu une maladie appelée "d'angor instable" ou "infarctus du myocarde". Pour cela, vous avez pu éviter une artère bouchée ou rétrécie afin d'améliorer la circulation sanguine efficace.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS IMPORTANTES POUR PRENDRE COPLAVIX

Contre-indications :

Ne prenez jamais CoPlavix

- si vous êtes allergique au clopidogrel (AAS) ou à l'un des autres composants mentionnés dans la rubrique 6.
- si vous êtes allergique à d'autres médicaments non stéroïdiens génériques de la douleur et/ou les maladies inflammatoires des articulations.

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

CoPlavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH



5 118001 082018

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

CoPlavix 75mg/100mg

b30 cp

P.P.V. : 270,00 DH



5 118001 082018

saignement tel qu'un ulcère de la muqueuse du

- si vous souffrez d'une maladie gastro-intestinale
- si vous souffrez d'une maladie rénale
- si vous êtes dans le 3ème trimestre de la grossesse

Précautions d'emploi : mises en garde

Avertissements et précautions

Si l'une des situations mentionnées ci-dessus se présente, vous devez en informer votre médecin.

- si vous avez un risque hémorragique :
 - une maladie qui peut provoquer des saignements (comme un ulcère de l'estomac).
 - des troubles de la coagulation (saignement au sein d'une intervention chirurgicale).
 - une blessure grave récente.
 - une intervention chirurgicale récente.
 - une intervention chirurgicale récente.

si vous avez eu un caillot dans une artère (comme un infarctus

vasculaire cérébral ischémique)

si vous présentez une maladie

si vous avez des antécédents d'allergie

compris les allergies à tout médicament

si vous avez de la goutte.

si vous buvez de l'alcool, en raison

ou de lésions gastro-intestinales

si vous avez une maladie appelée

déshydrogénase (ou déficit en

développer une forme particulière

le sang en faible quantité).

durant la prise de CoPlavix :

Vous devez avertir votre médecin

- si une intervention chirurgicale est prévue
- si vous souffrez de douleurs abdominales, ou si vous avez des saignements dans l'intestin (selles rouges)

Vous devez aussi avertir votre

présentez une maladie (appelée

thrombotique ou PTT) incluant fièvre

apparaître comme des petites têtes

non de fatigue extrême inexpliquée,

ou des yeux (jaunisse) (voir rubrique 4)

Si vous vous coupez ou si vous avez

peut demander plus de temps que

d'action de votre médicament qui

sanguins. Dans le cas de coupures

exemple au cours du rasage), vous

constater d'anormal. Cependant,

vous devez en avertir immédiatement

"Effets indésirables éventuels").

Votre médecin pourra vous

sanguins.



DATE D'EXAMEN : 13/09/2022

FACTURE N° 2986/22

MEDECIN TRAITANT : DR SAAD SOULAMI

NOM ET PRENOM : MME CHOURY MALIKA

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	500,00	500,00
TOTAL GENERAL			500,00

**ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
CINQ CENT DIRHAMS ./.**



Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بتاننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48

ID:

Nom:

Sexe: Homme

Date naiss:

Ans

cm

kg

mmHg

Fréquence ventriculaire

58 bpm

Intervalle PR

210 ms

durée QRS

112 ms

int. QT/QTc

438/ 434 ms

axe P/QRS/T

185/ -53/ 42 °

ampl RV5/SV1

0.370/ 0.690 mV

ampl RV5+SV1

1.060 mV

1200 Rythme auriculaire

2231 Bloc AV du 1er degré

2440 Bloc de branche droit incomplet

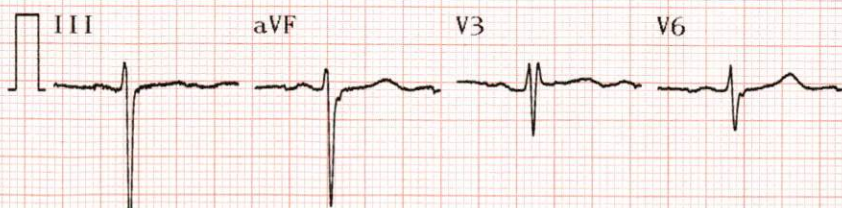
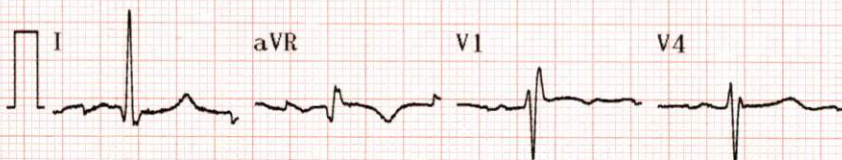
2630 Hemibloc antérieur gauche

4012 Sous-décalage modéré de ST

5233 Critères de voltage pour l'HVG

9150 ** ECG anormal**

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par:

Exam:

