

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

M22- 0007618

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238 Société : 158055
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BDITE NAIMA
Date de naissance : 1950
Adresse : 2, Rue Hrojière Meimée RES. ZARA VAL FLEURI
Tél : 0661425140 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
Dr. C. ABDELKHIRANE
Cardiologue
Clinique des spécialités Achifaa
Angle rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier
(face Hôpital 20 Août)
Tél : 0 522 859 220 - GSM : 0661 14 69 59
Date de consultation : 10/01/2023
Nom et prénom du malade : Bdite Naima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : 10/01/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
10.04.2023			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/4/23	1452,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

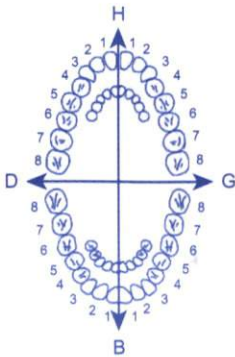
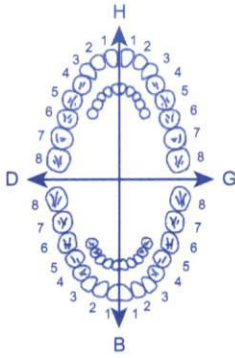
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

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

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

Casablanca, 10/04/2023

Docteur :

Mme BDITE NAIMA

273,00 x 4

1) EXFORGE 10/160 mg 1cp/j

149,00

2) TAHOR 10 mg 1cp/j

70,50 x 3

3) FLECAINE 100 mg 1cp/j

1452,50

VITA
pharmacie - SALLAU
Tél : 05 22 85 92 20
Fax : 05 22 86 22 23
www.cliniqueachifaa.ma
20, rue Lahcen El Arjouné
20, rue Lavoisier - CASABLANCA

QSP 3 mois

Dr. C. ABDELKHIRANE

Cardiologue

Clinique des spécialités Achifaa

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

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

Flécaïnide

Acétate de Flécaïnide

Synthemedic[®] 100 mg

05/07

Flécaïnide

Acétate de Flécaïnide

Synthemedic[®] 100 mg

05/07

Flécaïnide

Acétate de Flécaïnide

Synthemedic[®] 100 mg

05/07



30 Comprimés sécables
Voie orale



SYNTHEMEDIC

PPV :

LOT :

PER :

Pfizer

VIATRIS PHARMACEUTICALS
190, Bd d'Anfa, Casablanca



TAHOR
atorvastatine

10_{mg}

56
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

EXP :

0 6 2 5

P.P.V

LOT N° :

1 4 9 0 0
G J 9 5 1 9

P10023947

EXFORGE® 10 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 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 بعيداً عن الأطفال

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

بعيداً 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

03 2023

BRW27

2404

EXP
LOT

EXFORGE® 10 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 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 بعيداً عن الأطفال

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

بعيداً 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

03 2023

BRW27

2404

EXP
LOT

EXFORGE® 10 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 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 بعيداً عن الأطفال

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

بعيداً 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

03 2023

BRW27

2404

EXP
LOT

EXFORGE® 10 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 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 بعيداً عن الأطفال

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

بعيداً 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

03 2023

BRW27

2404

EXP
LOT

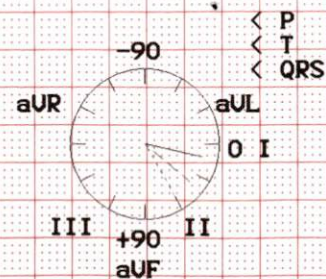
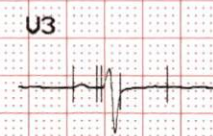
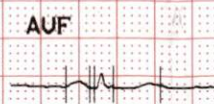
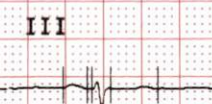
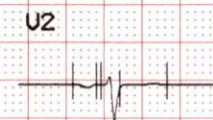
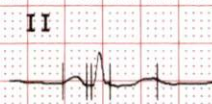
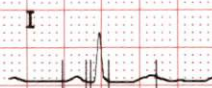
Interprétation:

	IPA	IPPA	QA	QD	IRA	IRD	ISA	ISD	IRPA	IRPD	ISTJ	ISTM	ISTE	ITA	ITPA
U1	-78		258	100							-15	9	4	-83	
U2	-48				112	43	488	57			-30	14	9	29	
U3	53				258	44	615	56			-49	-15	4		
U4	58				722	49	605	51			-64	-20	-5		
U5	63				937	52	405	48			-59	-15	4		
U6	68				986	56	180	44			-35	-10	9	117	
I	73				664	100					-5	-10		102	
AUL	24		34	18	463	82						-5		53	
II	107				444	100					-10	-10	4	107	
AUF	78				200	100					-5	-5	4	63	
III	48				97	27	273	47	24	26	-5		4		

Résultats mesures:

QRS : 100 ms
 QT/QTc : 350 / 393 ms
 PQ : 152 ms
 P : 126 ms
 RR/PP : 744 / 785 ms
 P/QRS/T : 59/ 13/ 40 degrés

Complexe médian dominant:



rapport non confirmé .

