

# 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 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

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- 0007676

136278

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1504 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : MESSAOUDI Halima SAADIA  
 Date de naissance : 01/04/1946  
 Adresse : 32, Rue Tachard du Vimey D. Gallof.  
 Bd Abdelmoumen Casa  
 Tél. : 0671829641 Total des frais engagés : 958,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. EL KIFANI Ahmed  
**CARDIOLOGUE**  
 82, Rue Soumaya - Casablanca  
 Tél. : 05 22 98 72 37  
 ICE : 001748483000083  
 INPE : 091056705  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/10/2022  
 Nom et prénom du malade : MESSAOUDI HALIMA Age : 76  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint SAADIA ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA + DM2  
 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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa 21/10/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]  
 Le : 21/10/2022



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 |
| 21<br>10<br>2022               | + 6<br>ECG        |                       | 30000                           |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|  | 21/10/22 | 658,60                |

[illegible][illegible]

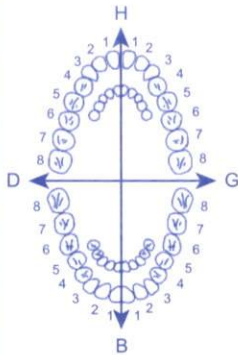
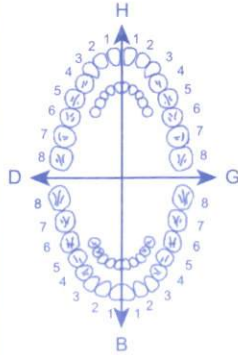
[REDACTED]

## 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<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |  |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|    |  |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS<br/>DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT<br/>D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN<br/>D'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412    21433552<br/> 00000000    00000000<br/> <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b>                      <b>G</b><br/> 00000000    00000000<br/> 35533411    11433553<br/> <hr style="width: 100%;"/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS<br/>DES SOINS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU<br/>DEVIS </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE<br/>L'EXECUTION </div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées |  | Nature des<br>Soins | Coefficient        |                            |                      |
|---|-------------------|--|---------------------|--------------------|----------------------------|----------------------|
|  |                   |  |                     |                    | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     | FIN<br>D'EXECUTION | <input type="text"/>       |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |
|   |                   |  |                     |                    |                            |                      |

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |  |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|---|--|--|---|---|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|--|---|--|--|
| <p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are represented by circles and numbered 1 through 8 from the midline (front) towards the molars (back). The upper arch is labeled 'H' at the front and 'D' on the left side. The lower arch is labeled 'B' at the front and 'G' on the right side.</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | D  | H                                       | G | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | D  | H  | G                                       |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552                                 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000                                 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000                                 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553                                 |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  | B  |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>       |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |
|   |  |  |   |   |          |          |  |          |          |  |          |          |  |          |          |  |  |   |  |  |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ID: MESSAOUDI  
MESSAOUDI, HALIMA SAADIA  
FEMME 01/04/1946 (76 ANS) CAUCASIEN  
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:

*TA = 240 / 74*

21/10/2022 17:02  
FC: 73  
PR: 146  
QRSd: 72  
QT/QTc: 400/422  
QTcB: 441  
QTcF: 427  
R v5-6 / S v1: 1,73/0,76  
Sok-Lyon: 2,49  
AXES: 51/50/62

bpm  
ms  
ms  
ms  
ms  
ms  
mV  
mV  
°

*Non confirmé*

*Dr. El Kifani Ahmed*  
*ECG = Normal*

**Dr. EL KIFANI Ahmed**  
**CARDIOLOGUE**  
82, Rue Soumaya Casablanca  
Tél.: 05 22 50 22 37  
ICE: 001748483000083  
INPE: 091056705



# Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges  
Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE  
**SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX**

82, Rue Soumaya Angle Bd. Abdelmoumen  
(Immeuble RENAULT) Casablanca

Tel: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

Casablanca, le



# الدكتور أحمد الكيفاني

إختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية  
خريج كلية الطب بليموج

82، زنقة سمية - شارع عبد المومن  
(عمارة رونو) - الدار البيضاء

Tel: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

بالموعد

Casablanca, le 21/10/2020 في الدار البيضاء

Me MESSAOUD HALIMA SAMIA

→ régime pau sale

3x 155,80  
→ Aprovas 250/5mg 2x/j (AP)

89,00 29/j

→ Dronem 1/3mg 2x/j le soir (AV)

73,40  
→ Simvaco 40mg 2x/j le soir (AP)

28,80  
→ Vitamine B1 2x + 3/j (AP)

Qil Provisu

658,60

Dr. EL KIFANI Ahmed  
CARDIOLOGUE  
82, Rue Soumaya - Casablanca  
Tél.: 05 22 98 72 37  
ICE: 0017404000000000  
INPE: 091056705



**APROVASC® 150mg/5mg**

Irbésartan / Bésilate d'amlopidine  
Irbésartan / Amlodipine besylate

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 155,80 DH



6 118001 082025

28 comprimés /

**APROVASC® 150mg/5mg**

Bésilate d'amlopidine  
Amlodipine

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 155,80 DH



6 118001 082025

imés / tal

**APROVASC® 150mg/5mg**

Irbésartan / Bésilate d'amlopidine  
Irbésartan / Amlodipine besylate

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaâ Casablanca  
APROVASC 150mg/5mg B28  
Cp Pel  
PPV : 155,80 DH



6 118001 082025

3 comprimés /

73,40

89,00

PPV

LOT

PER

28,30