

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.



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

Déclaration de Maladie

M23-005693

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5145 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENABDALAH JAMAL
 Date de naissance : 25.04.1960
 Adresse : 3026 T. EL Wafa H. Etage 01 DEROUA
BERRECHID
 Tél. : 06 9151 0773 Total des frais engagés : 1518,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2023
 Nom et prénom du malade : Mr BENABDALAH JAMAL Age :

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

Nature de la maladie : AUCUNE

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 : DEROUA Le : 06/04/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

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
06-04-2023	CS+ECG		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL OUMMA INPE:062095070 244 loissement el wafaa Dénée 2023-03-20 15:54 Fix: 06 20 95 070	06/04/23	1268,70

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		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																						

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL MOURID MONIA
CARDIOLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
Diplômée de l'Université Paris Descartes en cardiologie pédiatrique
Ancien médecin interne du CHU ibn Rochd - Casablanca
Ancien médecin interne du CHU de paris
Praticien attachée à l'hôpital universitaire CHEIKH KHALIFA

Echographie doppler cardiaque et vasculaire
Echocardiographie de stress
Holter ECG / Holter Tensionnel / Epreuve d'effort



الدكتورة المريد منى

أخصائية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء
دبلوم أمراض القلب للأطفال بجامعة باريس
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى ابن رشد . الدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفيات الجامعية باريس
طبيبة بالمستشفى الجامعي الشيخ خليفة

الفحص بالصدى الصوتي للقلب و الشرايين

فحص القلب بالصدى عند الجهد

تسجيل الضغط الدموي و دقات القلب على المدى الطويل . تخطيط الجهد

ORDONNANCE

06/avril 2023

Mr. BEN ABDALLAH Jamal

1/ CARDIOASPIRINE 100 MG COMPRIME GASTRO-RESISTANT

1 cp à midi

2/ MICARDIS 40 MG COMPRIME

1 cp le matin

3/ AMEP 5 MG

1 cp le soir

4/ TAHOR 10MG

1 cp le soir

5/ TAMSULOSINE WIN L.P 0.4 MG 0.4 MG GELULE A LP

gelule a lp 1 cp le soir

Traitement pendant : 3 Mois

تجزة التسييم رقم 26 عمارة ديار العلوي رقم 04 الطابق الأول . الدروة

Lotissement Nassim N°26 Immeuble Diar El Alaoui Appt N°4 1er étage - Deroua

05 22 03 16 74 Urgences : 06 60 62 70 07 cabinet.drelmourid@gmail.com

PER: 08 2023

TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
6 118001 062257

LOT: 21E006
PER: 08 2023
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
6 118001 062257

LOT: 22E006
PER: 08 2024
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V.: 98DH00
6 118001 062257

Cardioaspirine 1
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

UT. AV.: 02 25 P.P.V.
79 00
LOT N°: FW7285
09366082/4

UT. AV.: 06 25 P.P.V.
79 00
LOT N°: GJ8599
09366082/4

UT. AV.: 06 25 P.P.V.
79 00
LOT N°: GJ8599
09366082/4

25,60

49,40

49,40

6 118001 040230
MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 168 DH 80

6 118001 040230
MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 168 DH 80

6 118001 040230
MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés
BOTTU S.A. PPV: 168 DH 80

P032001-002

P032001-002

P032001-002

ID:

MR BENABDALLAH JAMAL

TAILLE: --- POIDS: --- TA: ---

TRAITEMENT:

OPÉRATEUR:

NOTES:

06/04/2023 15:46:47

FC: 89

PR: 154

QRSd: 94

QT/QTc: 352/402

QTcB: 428

QTcF: 401

Rv5-6/Sv1 1,29/1,05

Sok-Lyon: 2,34

AXES: ---/---/---

bpm Rythme sinusal

ms Dérivation(s) non adaptée(s) pour l'analyse: I

ms --- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---

ms Anormalité auriculaire droite possible

ms

ms

mV

mV

° Non confirmé

