

# 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**

**M22- 0015440**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**


☐ **Optique**

☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2354 Société : RAM 162466  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ENNASSIRI Rachid  
 Date de naissance : 1955  
 Adresse : Résidence Andalousia Jn23  
N°2 Casablanca  
 Tél. : 0653966539 Total des frais engagés : 762 dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 25 / 05 / 2023  
 Nom et prénom du malade : ENNASSIRI Rachid Age : 1955  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hyper Cholestérolémie  
 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 : 25/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des cotés

**Dr. Ghita Boudia**  
 Spécialiste en pathologie cardiovasculaire  
 82, Rue Moussa Boudou Moussour 1<sup>er</sup> Etage - Cas  
 Tél: 0522 260 250 Fax: 0522 28 20 14  
 0522 260 250

| EXERCICE DES ORDONNANCES   |   |
|--|---|
| <b>Pharmacie</b><br><b>AD DOHA</b><br><b>AD DOHA</b><br><b>Tel: 05 22 23 00 80</b> | <b>Date</b><br><b>Montant de la Facture</b> |
| <b>25/05/2023</b><br><b>190,00</b>   | <b>25/5/23</b><br><b>222,20</b>             |

AD DOHA  
Pharmacien  
AD DOHA - Fournisseur  
Casablanca  
05 22 23 00 80

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

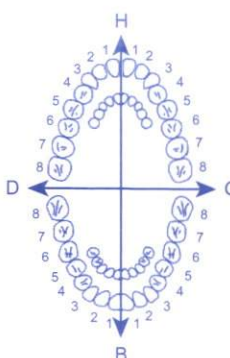
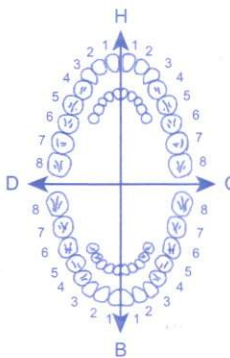
Cachet et signature  
du Praticien

## 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>COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT<br/>D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN<br/>D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |  |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412 21433552<br/>           00000000 00000000<br/> <b>D</b> ————— <b>G</b><br/>           00000000 00000000<br/>           35533411 11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU<br/>DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE<br/>L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |
|   |  |                     |             |  |

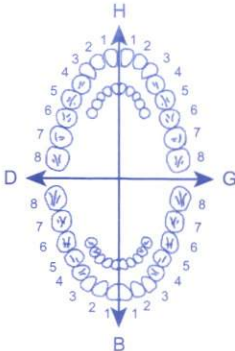
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

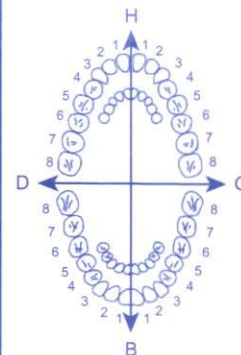
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient        |                            |  |
|---|-------------------|---------------------|--------------------|----------------------------|--|
|  |                   |                     |                    | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |
|   |                   |                     |                    | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |
|   |                   |                     |                    | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |
|   |                   |                     | FIN<br>D'EXECUTION |                            |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |
|   |                   |                     |                    |                            |  |

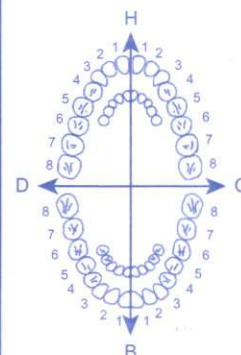
[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| D        |   | C        |
| 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

# Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire  
D.I.U Echocardiographie  
de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II  
D.U cardiologie pédiatrique  
de la Faculté René Descartes Paris V



د. غيثة بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين  
دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II  
دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية باريس V

Le : 25/05/2023

Mr Elmassin Rachid

Elle de Zouk

277 1) Cardiaces 100

0 - 1 - 0

167 2) Cœur 10

0 - 0 - 1



PARA ORGANIC AD DOHA

Av Stendhal Cité Plateau  
Mosque Ad DOHA N° 2 - Casablanca

Tel : 05 22 23 00 80

1 x 120

1 x 70

3) bandelettes 20

Tal : 190,00

277 4) Spasme

2 - 2 - 2

222,00

Dr Ghita BENHAYOUN  
Cardiologue  
82, Rue Moussa Ibnou Noussair  
Cité Plateau - Casablanca  
Tél : 05 22 23 00 80 - GSM : 06 61 43 05 60

Maphar  
Bd Akimia N° 6, Qi.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH  
6 118001 183111

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

AMM N° 451/14 DMP/2017  
Tenez hors de la portée et de la vue  
des enfants

22,00



**On Call Plus**  
Blood Glucose Test Strips

**25**

For testing glucose in whole blood  
using the On Call® Plus and  
On Call® EZ II blood  
glucose meters.  
For self testing and  
professional use.  
Only for use outside  
the body.



Contents:  
25 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



©2020 ACON Laboratories, Inc.



**INFO PHARMA EM**  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92



# On Call<sup>®</sup> Plus

## Blood Glucose Test Strips

**50**

For testing glucose in whole blood  
using the *On Call<sup>®</sup> Plus* and *On Call<sup>®</sup> EZ II* blood glucose meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.

**Contents:**

50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



©2020 ACON Laboratories, Inc.



**INFO PHARMA**

10, Rue Boulmane Bourgogne

30040 Morocco

2 34 07

12 55

45 92

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : ENNASIRI RASCHID 0008778

Sex : Male

Case No. :

Age : 68Y

Lit No. :

Clinique N :

Date : 25/05/2023

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 15s

FC: 68bpm

P Interval: 120ms

QRS Interval: 94 ms

T Interval: 222 ms

PR Interval: 194 ms

QT Interval: 382 ms

QTc Interval: 405 ms

P Axis: 53.00°b

QRS Axis: -1.50°b

T Axis: 45.50°b

Prompt:

PR 194ms

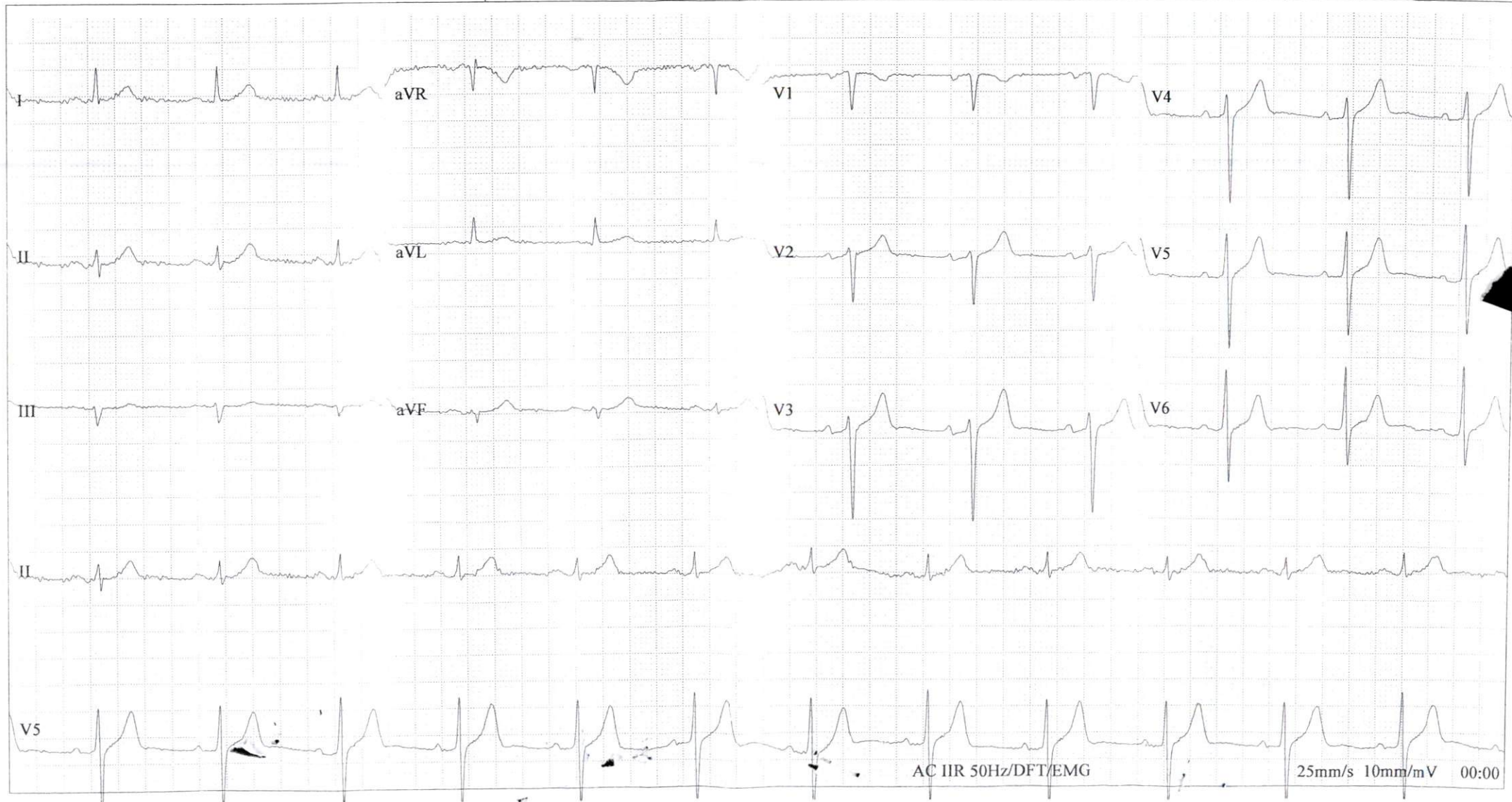
QT 382ms

pas de STT

de repolarisation

Signature Medecin :

ECG



AC IIR 50Hz/DFT/EMG

25mm/s 10mm/mV 00:00