

## 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

M23-004790

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5730 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENSALIK MOSTAFA  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0663653474 Total des frais engagés : 1912,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 25/05/2023  
 Nom et prénom du malade : Bensalick Mostafa Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD + ALC  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : ALD + ALC  
 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 : CAJN Le : 25/05/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
25/05/2023	CS		300	<p>Cardiologue</p> <p>Lotissement EL WAHDA N°252</p> <p>Had Soualem 1er étage</p> <p>Tel : 0522 96 35 38 - GSM : 06 91 49 86 73</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>DR. TOUM BENCHEKROUN A.M.</b> <b>PHARMACIE ALMOUWATEN</b> Lotissement Annassim Lot. 192 Missafa - Casablanca Tél: 0522 90 97 34	25/05/23	1612.10

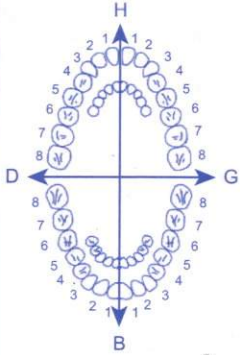
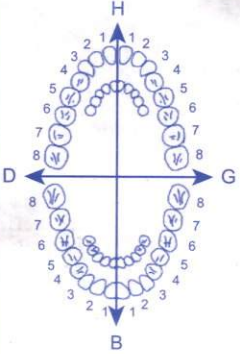
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

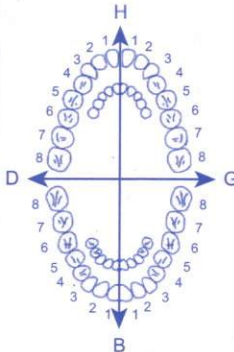
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412   21433552                      00000000   00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">                     00000000   00000000                      35533411   11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>				<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000   00000000 35533411   11433553		<b>B</b>
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000										
	<b>D</b>	<b>G</b>									
	00000000   00000000 35533411   11433553										
	<b>B</b>										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>							
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



**H**

25533412	21433552
00000000	00000000

**D**                      **G**

00000000	00000000
35533411	11433553

**B**

**COEFFICIENT  
DES TRAVAUX**

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**MONTANTS  
DES SOINS**

**DATE DU  
DEVIS**

**DATE DE  
L'EXECUTION**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr EL HABLI CHARAF

Spécialiste des Maladies

du Coeur, des vaisseaux

et de l'hypertension artérielle

Ex.Attaché à l'Hopital CHU IBN ROCHD CASABLANCA

Ex.Attaché à l'Hopital MOULAY YOUSSEF CASABLANCA



## الدكتور الحبلي شراف

اختصاصي في امراض القلب والشرارين

وارتفاع الضغط الدموي

ملحق سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ملحق سابق بالمستشفى مولاي يوسف

- Electrocardiogramme ECG
- Echocardiographie Doppler
- HOLTER Rythmique
- HOLTER Tensionnel MAPA

● تخطيط القلب

● الفحص بالصدى وبالألوان

● تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

● تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة

● التخطيط بالجهد

## Ordonnance

Le : 25/05/2023

Bensuleik Mostofy

649.00 + 370.00

1/1 REXUBEN 20 mg 1 pl

41.90 x 3 2/1 Cardix 6125 1 pl

155.80 x 3 3/1 APROVASC 150/5mg 1 pl

3 min

1612.10.

Dr. EL HABLI CHARAF  
Cardiologue

Lotissement AL WAHDA N°252

Had Soualem 1er étage

Tel: 0522 96 35 38 - GSM: 06 91 49 86 73

APROVASC 150mg/5mg

Cp Pel

PPV : 155,80 DH

6 118001 082025

Cp Pel

PPV : 155,80 DH

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

LOT: 208  
PER: OCT 2025  
PPV: 41 DH 90

LOT: 208  
PER: OCT 2025  
PPV: 41 DH 90

Pharmaceutical Institute

R.S. 203 OUM AZZA Region Rabat

LOT: 199

PER: JUL 2025

PPV: 41 DH 90

Dr. TOUM BENCHEROUN ANASSIM  
PHARMACIE ALMOUWATEN  
Lotissement Annassim Lot. 192  
Lissasfa - Casablanca  
Tel: 0522 98 97 34

Lotissement «ALWAHDA» N° 252 , 1<sup>ère</sup> étage. HAD SOUALEM

تجزئة الوحدة رقم 252. الطابق الاول. حد السوام

Tél: 05 22 96 35 38 - Urgence : 06 91 49 86 73 - E-mail: dr.elhabli@gmail.com



Id :  
Bensalek, Mostafa  
Indéfini --- (---) Indéfini  
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

Méd :  
Technicien :  
Commentaires :

25/05/2023 11:38:03

FC: 68 bpm  
PR: --- ms  
QRS: 106 ms  
QT/QTcH: 386/400 ms  
QTcB: 411 ms  
QTcF: 402 ms  
Rv5-6/Sv1 : 1.18/0.41 mV  
Sok-Lyon : 1.59 mV  
Axe: ---/46/60 °

FIBRILLATION AURICULAIRE  
\*\*\* INTERPRETATION EFFECTUEE SANS CONNAITRE LE  
SEXE/ L'AGE DU PATIENT \*\*\*  
DEVIATION AXE GAUCHE - BLOC FASCICULAIRE ANTERIEUR GAUCHE  
ECG ANORMAL

\*RAPPORT NON CONFIRMÉ\*

