

## 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

- Reclamation : 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

N° W21-798169

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729 Société : RM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSOUR ZAKARIA

Date de naissance : 26.02.67

Adresse : Villa 286 Lot Florida CASABLANCA

20190

Tél. : 0661310657 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires

Date de consultation : 31-08-2019

Nom et prénom du malade : NASSOUR ZAKARIA Age :

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

Nature de la maladie : HT Tensionnelle

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



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
31/08/2023	CSA GCH		3097	INP : [Signature] 091026S Dr Ahmed Oualid Liste des Malades Marrakech - Casablanca 25/06/20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cacher le pharmacien ou le fournisseur	Date	Montant de la facture
<i>[Signature]</i>	31/08/23	903,00

[illegible]

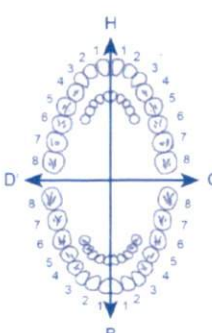
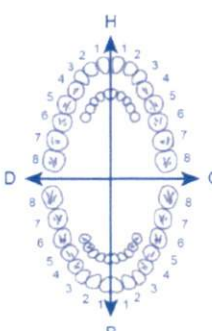
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CRESTOR<sup>®</sup>**  
rosuvastatine

**10 mg**


**30 comprimés  
pelliculés**

Voie orale

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

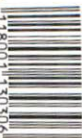
AstraZeneca 

الرقم: 502/17  
8001089810301  
P21 NNP



6

118001130306



TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

الرجاء الرجوع إلى الطبيب المعالج في حالة الحاجة إلى مزيد من المعلومات  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظوا الدواء بعيداً عن الأطفال  
RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

**TRIPLIXAM®**

**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

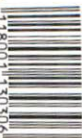
80010898103001

الرقم: 502/17  
8001089810301  
P21 NNP



6

118001130306



TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

الرجاء الرجوع إلى الطبيب المعالج في حالة الحاجة إلى مزيد من المعلومات  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظ الدواء بعيداً عن متناول الأطفال  
RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

**TRIPLIXAM®**

**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

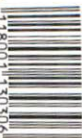
80010898103001

الرقم: 502/17  
8001089810301  
P21 NNP



6

118001130306



TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

الرجاء الرجوع إلى قائمة الأدوية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظوا الدواء في مكان بارد وجاف  
RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

**TRIPLIXAM®**

**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

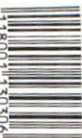
80010898103001

الرقم: 502/17  
8001089810301  
P21 NNP



6

118001130306



TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 184,00 Dh

Servier Maroc - Casablanca

الرجاء الرجوع إلى قائمة الأدوية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظوا الدواء في مكان بارد وجاف  
RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES

**TRIPLIXAM®**

**10mg/2,5mg/10mg**

comprimés pelliculés  
périndopril arginine/  
indapamide/amlodipine

**30** comprimés  
pelliculés

80010898103001





## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 31/08/2023

M. ZAKARIA MADKOUR



(134,00 x 4)

1) **TRIPLIXAM 10/2.5/10 MG**

1 le matin, au cours du repas, pendant 4 mois

167,00

2) **CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime**

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 4 mois Lundi et jeudi



Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires  
98 Rue Kadi Iass Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 25 36 00

PHARMACIE ELORIDA  
Dr. Ziad Mounia Lot. 281  
Lotissement Floride - Casablanca  
Sidi Madkour  
Tél/Fax : 0522 32 19 46

= 903,00



MADKOUR ZAKARIA

FC 82 /min

Axes

P - °  
QRS -14 °  
T 29 °

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, QRS(T) MODIFIÉ  
INFARCTUS SEPT., AGE INDETERMINE

RI6 02

Rapport non confirmé

Né(e) le 26.02.1967

Age 56 ans

Sexe Masculin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

Intervalles

RR 732 ms

P - ms

PR - ms

QRS 94 ms

QT 416 ms

QTc 489 ms

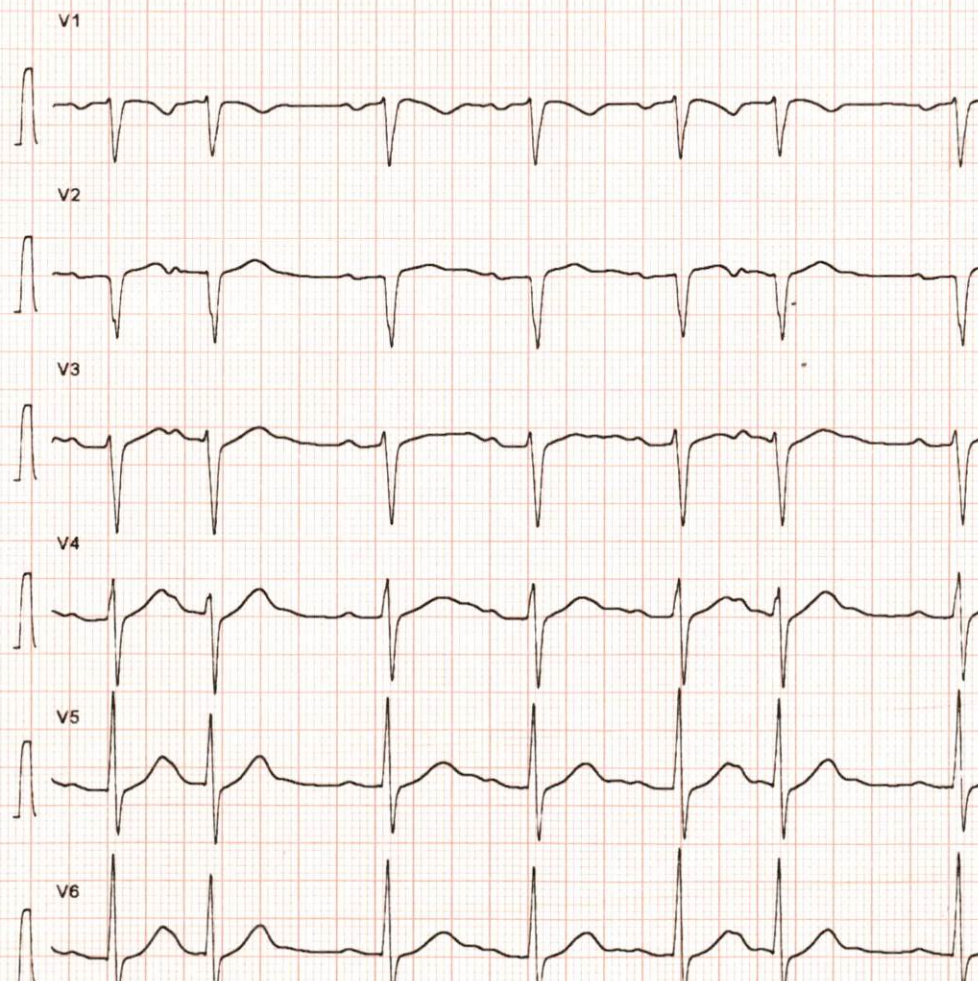
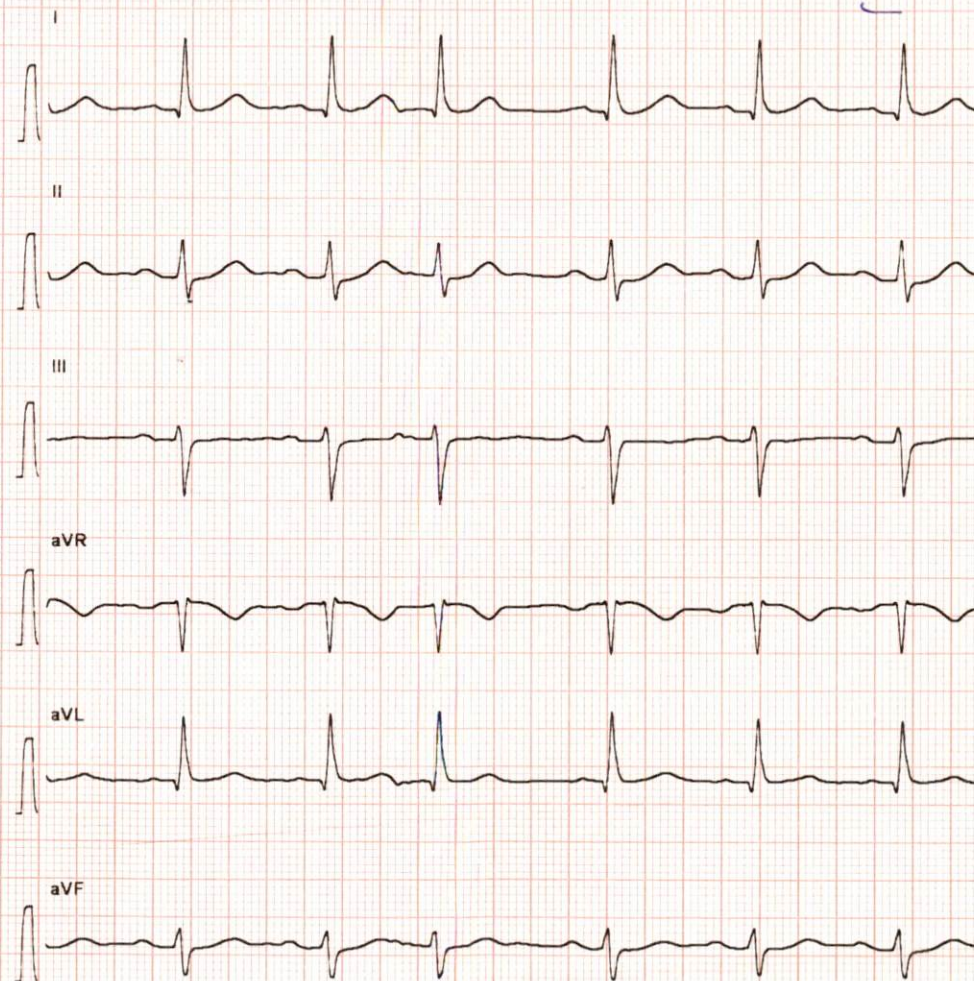
(Bazett)

P (II) - mV

S (V1) -0.86 mV

R (V5) 1.59 mV

Sokol. 2.51 mV



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s