

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

M23-000455

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5394 Société : RAA
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAHBI SALOUA
Date de naissance : 14/01/68
Adresse : 81, LA LAGOUANE CAS
Tél. : 06 61 17 87 97 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02/10/23
Nom et prénom du malade : OUAHBI SALOUA
Lien de parenté : ☒ Lui-même
Nature de la maladie : Pathologie
Affection longue durée ou chronique : ☐ 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 : CASABLANCA Le : 02/10/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02/10/2023	Examen	1	3000	
10/10/2023	Examen	1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 34 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE: 001551566000078 - IF: 40156060	02/10/2023	PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani Tél: 05 22 93 86 34 - Fax: 05 22 93 87 15 ICE: 001551566000078 - IF: 40156060 1822.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radjologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

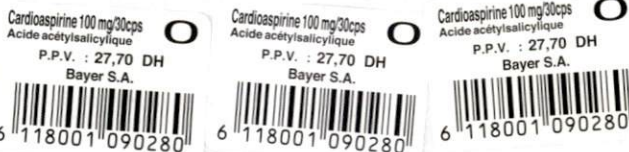
Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le :

CASA , Le 02/10/2023

Mme SALOUA OUAHBI



1) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

2) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

3) STILNOX Comprime Pellicule Secabte à 10 mg Bte 20

Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

4) APROVEL Comprime Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprime

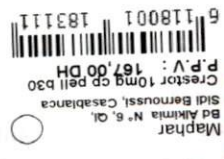
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

5) ALDACTONE Comprime à 50 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois



98 Angle Rue Kadi lass et Rue Abou Salt Andaloussi (Prés de la commune urbaine du Maârif)

Casablanca - Tél. : 0522253600 - Fax : 0522253601 - Mobile : 0661321866

Patente : 35760852 - Mail : ahmedbennis7@gmail.com

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

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



98 Angles Rue Kadi lass et Rue Abou Salt
(Près de la commune urbaine du Maârif) Casablanca
Tél: 0522253600 - Fax: 0522253601 - Mobile: 0661321866
INPE: 091026591 - Mail: ahmedbennis7@gmail.com

Facture :

- Date : 02.10.2013
- Nom : Mr. H. B.
- Prénom : S. H.
- Consultation + ECG : 3000
- Echographie Cardiaque : 1000
- Echographie Vasculaire :
- Holter Tensionnel :
- Holter Rythmique :
- Autres :

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

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

Total : 13000

☐ **valable 3 mois**

Le 10/11/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

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

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

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

☐ **valable 3 mois**

Le 02/10/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des Maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi Les Moarraf - Casablanca
Tel : 05 22 25 36 00

Pr. BENNIS AHMED
Cardiologie
98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE
ABOU
SALT ANDALOUSSI
CASA
Tel.:0522253600
Mobile:0661321866
Fax:0522253601
Email:bennis_cardio@yahoo.fr
00 0 00124 8

CASA, le 02/10/2023

Echographie cardiaque

Echographie faite le 02/10/2023 - Opérateur :

OUAHBI SALOUA

Taille : Poids :

Destinataire :

Indications : Bilan Cv

Résultats

Fc	Ao	OG	Dtd	Dts	Inc	EpS	EpP	FRD	FEtm	IMM	PAPs	Pod
60 Nb/mn	32 mm	38 mm	55 mm	37 mm		9 mm	10 mm	32 %	60 %			

Rythme : sinusal

Aorte : aorte initiale non dilatée

Valve aortique : sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 2 cm²

Ventricule gauche : fonction systolique globalement normale

Valve mitrale : normale , surface de la valve mitrale : 4 cm²

Oreillette gauche : dilatée

Coeur droit : non dilaté

Péricarde : libre

Commentaire : VG non dilaté avec cinétique VG global conservé.

FEVG 60%. en 2D Biplan

Contractilité VG conservé.

OG dilaté.

Trouble de relaxation VG.

Pas de valvulopathie significative.

Pas de signe d'HTAP ni épanchement pericardique.

Aorte initiale non dilaté.

Fonction VD conservée.

Pressions pulmonaire et volémie non élevé.
Athérome carotide.
Pas de stenose carotide significative.

Conclusion :

FEVG 60%. Pression de remplissage VG non élevé.

Appareil : Mise en service le

Professeur Ahmed BENNIS
Specialiste des maladies
Cardiovasculaires
Dr. BENNIS AHMED
98 Rue Kadi Lass Maarif - Casablanca
Tel 05 22 25 36 00

OUAHBI SALOUA

FC 60 /min

Axes

P 0°

QRS -33°

T -4°

Intervalles

RR 992 ms

P 70 ms

PR 230 ms

QRS 82 ms

QT 442 ms

QTc 446 ms

(Bazett)

P (II) 0.05 mV

S (V1) -0.14 mV

R (V5) 0.76 mV

Sokol. 0.90 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, BLOC A-V DU PREMIER DEGRE,
POSITION HYPERGAUCHE, ZONE DE TRANSITION R-S DEPLACÉ VERS
LA DROITE, HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR, ANOMALIE DE T DANS
DES DERIVATIONS INFER.

RI6.02

Rapport non confirmé

Né(e) le 14.01.1963
Age 60 ans
Sexe Féminin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA 128/80 mmHg
Remarque

