

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-801951

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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   |
| 24/8/13                        | 12. nce           |                       | 300                             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>Dr. Abdelhakim ZEBI<br>Carricologue<br>134 Rue Attabari - Bd Ghandi<br>05 22 44 75 81<br>05 61 27 12 80<br>05 22 39 03 09 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |         |                       |
|--|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
| PHARMACIE LONGCHAM<br>Rue Toulousaine - C.I.L. - Casa<br>Tél. : 05 22 35 47 51<br>INPE : 092040187 | 24/8/13 | 1252,20               |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                                       | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DEBUT D'EXECUTION [ ]<br><br>FIN D'EXECUTION [ ] |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
| 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> |                  | H   |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]<br><br>MONTANTS DES SOINS [ ]<br><br>DATE DU DEVIS [ ]<br><br>DATE DE L'EXECUTION [ ] |  |
|  | H  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  | 25533412   | 21433552         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  | D  | G                |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  | 35533411   | 11433553         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  | B  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |  |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |

# مركز تشخيص واستكشاف أمراض القلب والشرائين

## Centre de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France



الدكتور عبد السلام سبتي  
اختصاصي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le 24 9 2017

Douam. 0010

PHARMACIE LONGCHAM  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tél. : 05 22 36 47 51

158 00x6

Comme 30/10/17



17 22

3070x6

Comme 20/10/17



17 22

1252020

Handwritten signature/initials.

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
134 Rue Attabari - Bd Ghandi  
05 22 44 75 81  
06 61 27 12 90  
05 22 39 09 09

PHARMACIE LONGCHAM  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tél. : 05 22 36 47 51

En cas d'urgence contacter : 06 61 27 12 90 Ou clinique CASA ANFA : 05 22 94 56 33

الدار البيضاء 134 Rue Attabari 4<sup>ème</sup> étage Bd Ghandi - Casablanca

الهاتف : 05 22 44 75 81 / 06 61 27 12 90 / 06 63 89 13 56

Email : centrecardiordrsebti@gmail.com

501223b

Lot N

:

Exp

:

PPV

:

118,00 ←

11  
x 6 Ged

x 4 ←  
Ged



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

Le médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - بصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردنسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستخدم لدى:  
- المراهقات أو النساء في سن  
الإنجاب دون استعمال وسائل  
منع الحمل الفعالة،  
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7962160246



Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites  
يجب التقيد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردنسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace,  
la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

لا يستعمل لدى:  
- المراهقات أو النساء في سن  
الإحباب من استعمال وسائل  
مع الحمل الفعالة  
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS



7862160246

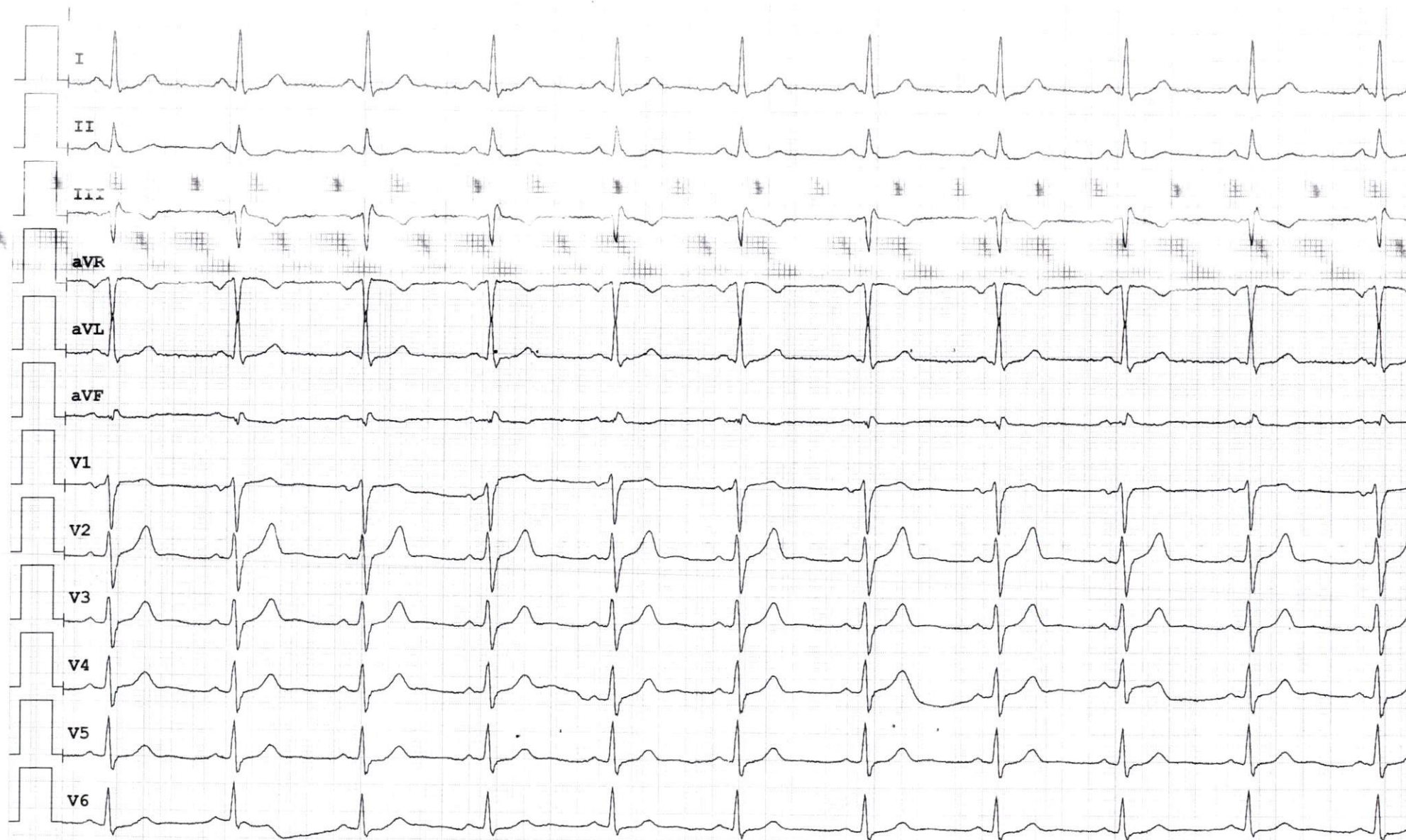
24/08/2023 16:34:24

ID :

Nom : DOUADI ADIL

FC : 63 BPM  
PR/RR : 0,154/0,94 s  
QRS : 0,116 s  
QT\QTc : 0,392/0,404 s

Né le :  
Âge :  
Sexe :  
Dep :



25 mm/s, 10 mm/mV