

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

- 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

N° W21-821756

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11912 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOULLI AYA
 Date de naissance : 11/04/1979 202337
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/03/2024
 Nom et prénom du malade : CHOULLI AYA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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 : 03/04/2024
 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
19/03/24	Consulte	3000	3000	INP 091113299
19/03/24	Hélien	9000	9000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Anassir	19/3/24	622,00
Benhayouna Benjeloun Raïa		
Docteur en Pharmacie		
104, 51, 0 N°11a - CASA		

[illegible]

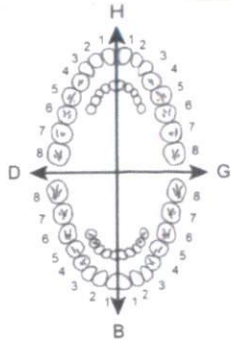
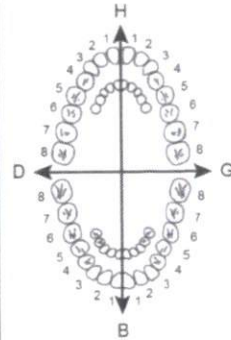
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																	
	[Création, remont, adjonction] 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

Docteur MIR HASSANE

Maladies du Coeur et des vaisseaux CARDIOLOGUE

Diplômé des Universités de Paris V et VI
Diplômé d'échodoppler cardiaque (Paris VI)

Casablanca, le : 19/03/2024

Mme. CHOULLI Aya

224/100x3
EXFORGE 5/160 mg : 1 comp. par jour le matin

*** Q.S.P. 3 mois ***



67210
Dr. Hassane MIR
Cardiologue
14, Anfa 19 rue Jaber B. Hayane
104 Bd. d'Anfa - Casablanca
T: 05 22 22 134 - 05 22 22 135
F: 05 22 22 134 - 05 22 22 135

Pharmacie El d'ouf
Benhayoune Benelloun Raja
Docteur en Pharmacie
104 Bd. d'Anfa - CASA

Adresse : N° 79 rue Jaber Ben Hayane, Bd ANFA
(en face de la commune Sidi Beyout), CP 20020, Casablanca

Bur : 0522222134 -0520070709 Bur mobile : 0664514961 Urgences : 0661 13 83 31
ICE : 00168117200008 INP : 091113209 - Email : cabinetmir@gmail.com

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لأنه - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2026

B9057U

EXP

LOT

3608



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لأنه - بصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2026

B9057U

EXP

LOT

3608



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لأنه - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2026

B9057U

EXP

LOT

3608



Tableau arythmies

[illegible]

Cabinet de cardiologie HOLTER ECG Rapport

prénom: CHOULLI Aya

département:

ID: 0000315

Sexe: Femelle

Admission No.:

Arrêtez: 2024-03-20 15:50:28

Âge: 44An

N° Dossier:

Temps total: 23:54:52

Bed No.:

Début: 2024-03-19 15:55:36

FC:	Le temps de pause:		
FC Moy:	80	Pause R-R> 2500 ms: 0	
Min FC:	60		
Max FC:	133		
Total Batt:	114163		
Batt anormaux:	1		
Batt anorm/1000:	0		

S:	V:		
Total S:	0	Single:	0 SVE
Total S Doublet:	0	Total:	0 SVE
Bigeminisme:	0	Total:	0 SVE
Trigeminisme:	0	Total:	0 SVE
Total S Tachycardie:	0	Total:	0 SVE
S Permillage:	0		
Max S dans une min.:	0		
Total V:	1	Single:	1 VE
Total V Doublet:	0	Total:	0 VE
Bigeminisme:	0	Total:	0 VE
Trigeminisme:	0	Total:	0 VE
Total V Tachycardie:	0	Total:	0 VE
V Permillage:	0		
Max V dans une min.:	1		

HRV(Domaine de Temps):		ST:			
SDNN (ms) :	107.0				
SDANN (ms) :	103.6				
rMSSD (ms) :	35.0				
PNN50 (%) :	5.1				
CV :	0.07				
HRV(Domaine de fréquence):(ms*ms/Hz)					
Puissance:	5580.4				
ULF :	4000.0				
VLF :	1173.6				
LF :	204.6				
HF :	202.2				
		Élévation		Dépression	
		(seg.)	(mV/min)	(seg.)	(mV/min)
V1:	0	0.2	1	0.1	-
V3:	0	0.2	2	0.1	-
V5:	0	0.2	0	0.1	

Conclusion:	
Rythme régulier d'une FC moyenne de 80 bp, avec une minimale de 60 bpm et une maximale de 133 bpm.	
Pas de trouble de l'excitabilité.	
Pas de pause pathologique.	
Pas de modification significative du segment ST.	
	<div>Signature du médecin:</div>

Cabinet, de Cardiologie

Docteur Hassane MIR

79, rue Jaber Ben Hayane 20020 Casablanca

Tél : 05 22 22 21 34

INP : 091113209

NOTE D'HONORAIRES DU 19/03/2024

Nom du patient : CHOUKLI AYA

Actes : Holter ECG

Somme : 900,00 Dhs
(neuf cents)

Dr. Hassane MIR
Cardiologue
Ed. Anfa 70 Rue Jaber B. Hayane
Tél : 05 22 22 21 34 / 58 - Casablanca
INP : 091113209