

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.

Diagnostique 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 à joindre à la feuille de soins.

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

N° P19- 053960

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : 69002

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENKADMIR MOSTAPHA

Date de naissance : 03.06.1954

Adresse : 19, RUE BAALABAK ETG 2 N°6 BOUJOURIA

CASA 20120

Tél. : 06.33.30.33.63 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 NOV 2020

Nom et prénom du malade : BENKADMIR Mostapha Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : CASA Le : 19/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14 NOV 2020	CH EH		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/11/2020	1308,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

CERTIFICAT DE LA FEDERATION

INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.

ECHOGRAPHIE

ECG

الدكتور حفيظ أوخليف

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتسب للجمعية الفرنسية

و الأوروبية لأمراض القلب

عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني

شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الزناد

الأوروبي للأطباء الأخصائيين

الكشف بالصدى (إكوغرافي)

تخطيط القلب

Casablanca, le _____

Handwritten notes and stamps:

- 22, 40 x 3
- 218, 00 x 3
- 126, 00 x 3
- 70, 90
- 37, 00
- Red circular stamps with 'S' and 'A' inside.
- Red rectangular stamp: PHARMACIE NOUVELLE CASABLANCA, K BOULEVARD, 18 Bd de l'Indépendance, 05 22 31 47 17 CASABLANCA.
- Blue rectangular stamp: CABINET MEDICAL, Dr. OUKHLIFT, 58, Bd. d'Alsace en face de la Gare, Tél. 05 22 30 26 23.

30100

60112



HARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K BOUZZOUBA
18, Bd de la Liberté
tél : 05 22 31 47 17 CASABLANCA

md

Program

4990

2nd



24 ches

10 mg

21100

276312



Libra

md

To 1308100
HARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K BOUZZOUBA
18, Bd de la Liberté
tél : 05 22 31 47 17 CASABLANCA

CABINET MEDICAL
Dr. OUMER HAFID
D. d'Etat en Médecine Générale
Bd d'Alsace - Casablanca
Tél : 05 22 30 26 23

ORDONNANCE

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHAFI HAFID
Dr. d'Etat en Médecine Générale
50, Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél. : 05 22 30 26 23

19 NOV 2020

Dr. BENKADJER No Hefke

1er 12h. d'un

ve 12h. d'un

ve 12h. d'un

ve 12h. d'un

ve 12h. d'un

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHAFI HAFID
Dr. d'Etat en Médecine Générale
50, Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél. : 05 22 30 26 23

CETRA® 325mg/37,5mg
20 comprimés pelliculés



6 118000 210399

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:20135 PER:09/2023
PPV:21.00 DH

DULASTAN®

500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

DULASTAN® 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

دولاستان

علبة من 20 قرصا

RANCIPHEX® 10 mg

14 comprimés gastro-résistant

Voie orale



ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 4

ASKARDIL® 75 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033189

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 90012 6

ASKARDIL® 75 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033189

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 08/2022
LOT 90012 6

ASKARDIL® 75 mg

30 comprimés dispersibles



6 118000 033189

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:218.00 DH
ID: 626760
6 118001 141876

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:218.00 DH
ID: 626760
6 118001 141876

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:218.00 DH
ID: 633273
6 118001 141876

PPV 126DH00
PER 03/23
LOT J604

DIPREZAR®
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
30 comprimés pelliculés



6 118 000 04 1658

Hydrochlorothiazide 12,5 mg
30 comprimés pelliculés



6 118 000 04 1658

PPV 126DH00
PER 01/23
LOT J2666

DIPREZAR®
Losartan 50 mg +
Hydrochlorothiazide 12,5 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 041658

LOT: 91A077
PER: 04/2022
PROFENID 100 MG
30 CP PEL

P.P.V.: 70DH90



6 118000 060002

HARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
R. BOULEVARD
18.00 de la Liberté
61 85 22 31 97 17 CASABLANCA

mindray

IN COORDINATION WITH

20201119 171114 6688

19-11-2020 16:11:14

157102B AP-1000 50.0 8.155 10.1

DB: 10

20.0 8.155

19-11-2020

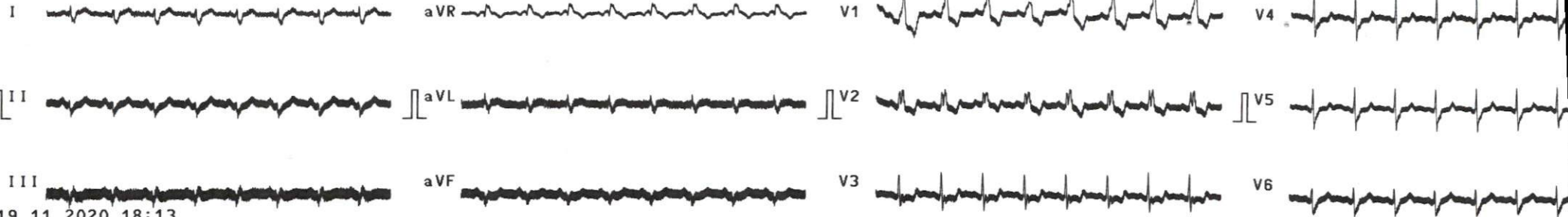
17:11:14

10.1

10.1

M

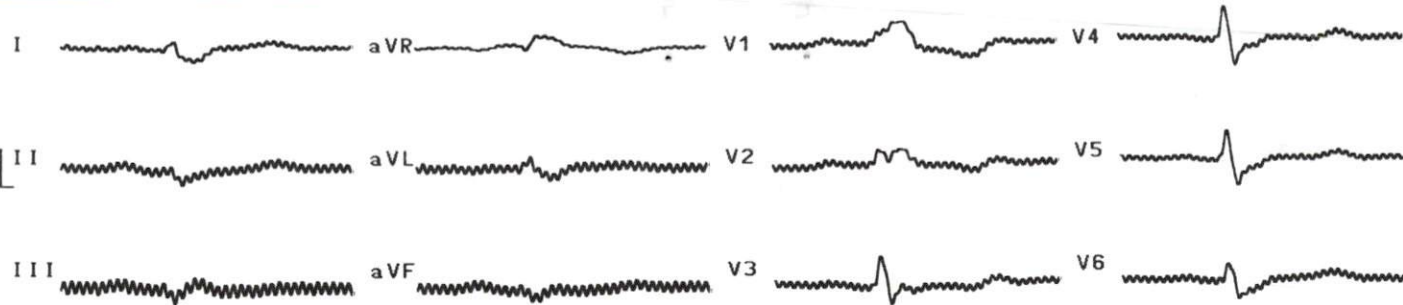
Patient: Mostaa Melkadmir



19.11.2020 18:13
<AUTO> 10mm/s 5mm/mV 0.75/60/45Hz AsCARD Green

PATIENT
Prénom: Mostaa
Nom: Melkadmir
No d'identif.:
Sexe:
Age: ans
Taille: cm
Poids: kg
Pression artérielle: / 60 mmHg
#1:
#2:

CABINET
Nom: Dr oukhlift hafid
Adresse: Bd alzace benjdia
Contact: 0522302623



25mm/s 5mm/mV 0.75/60/45Hz AsCARD Green

				P+	P-	Q	R	S	T+	T-	ST
			I	0.45	0.00	-0.07	0.37	0.00	0.48	0.00	0.40
HR:	41	[1/min]	II	0.26	-0.07	-0.14	0.24	0.00	0.44	0.00	0.48
RR:	1450	[ms]	III	0.00	-0.49	-0.19	0.17	-0.32	0.09	-0.30	-0.09
QRS:	108	[ms]	aVR	0.00	-0.31	0.00	0.06	0.00	0.00	-0.41	-0.35
QT:	406	[ms]	aVL	0.48	0.00	0.00	0.34	-0.12	0.37	0.00	0.25
QTc:	337	[ms]	aVF	0.14	-0.28	-0.17	0.16	-0.14	0.27	-0.09	0.09
P:	111	[ms]	V1	0.00	-0.58	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.93	-0.93
PQ(PR):	134	[ms]	V2	0.05	-0.42	0.00	0.07	-0.44	0.00	-0.57	-0.52
Axe QRS:	-	25 [°]	V3	0.93	0.00	0.00	0.23	0.00	0.42	0.00	-0.10
Axe P:	-	22 [°]	V4	1.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.60	0.00	0.34
Axe T:	-	42 [°]	V5	1.05	0.00	0.00	0.42	0.00	0.58	0.00	0.36
			V6	0.80	0.00	0.00	0.50	0.00	0.68	0.00	0.53

Valeurs en [mV]

Résultats d'interprétation INA

116 - rythme supraventriculaire
irrégulier
420 - axe électrique moyen
506 - diminution significative du
segment T, ischémie myocarde possible

INTERPRÉTIATION AUTOMATIQUE VÉRIFIÉE
PAR LE MÉDECIN OUI / NON