

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0049798

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

CA

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MANKOUH Zakaria

Date de naissance : 26.02.1967

Adresse : VILLA 236, LOT FLORIDA

20190 CASABLANCA

Tél. : 0661310657

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/12/2019

Nom et prénom du malade : MANKOUH Zakaria

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*(Handwritten 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
27/12/19	Soins	30		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/19	361.00

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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 27/12/2019

**M. ZAKARIA MADKOUR**

361,00



1) EXFORGE 160/5/12,5 MG

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

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
Rue KADI IASS - MAÂRIF  
CASABLANCA  
Tél. 0522 29 36 00



A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine,  
à l'abri de l'humidité.  
Tenir hors de la portée des enfants.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة  
يحفظ في عبوة خارجية معبأة عن  
الرطوبة وبتأثير الأطفال

Titulaire d'AMM : صاحب الرخصة :  
Novartis Pharma Schweiz suisse AG

Fabrique par مصنع من طرف


Novartis Farmaceutica S.A  
15808210 Barberà del Valles, Barcelone, Espagne

Novartis Pharma Stein AG  
Schaffhauserstrasse CH-4332 Stein-Suisse

موزع من طرف  
Distribué par Novartis Pharma Maroc



6118001030989

**EXFORGE HCT**   
**5mg/160mg/12.5mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

2695

1126503-A17-MA

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Tableau A (liste I) - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لاحتياج - يصرّف فقط بموجب وصفة طبية

03 2020  
BDF 10  
04 18

5147

EXP  
LOT  
MFD



MADKOUR ZAKARIA

FC 68 /min

Axes

P 39 °

QRS -9 °

T 22 °

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION GAUCHE, ECG DANS LES  
LIMITES DE LA NORMALE

RI6.02 Rapport non confirmé

Né(e) le

Age

Sexe Masculin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

Intervalles

RR 888 ms

P 128 ms

PR 214 ms

QRS 94 ms

QT 406 ms

QTc 432 ms

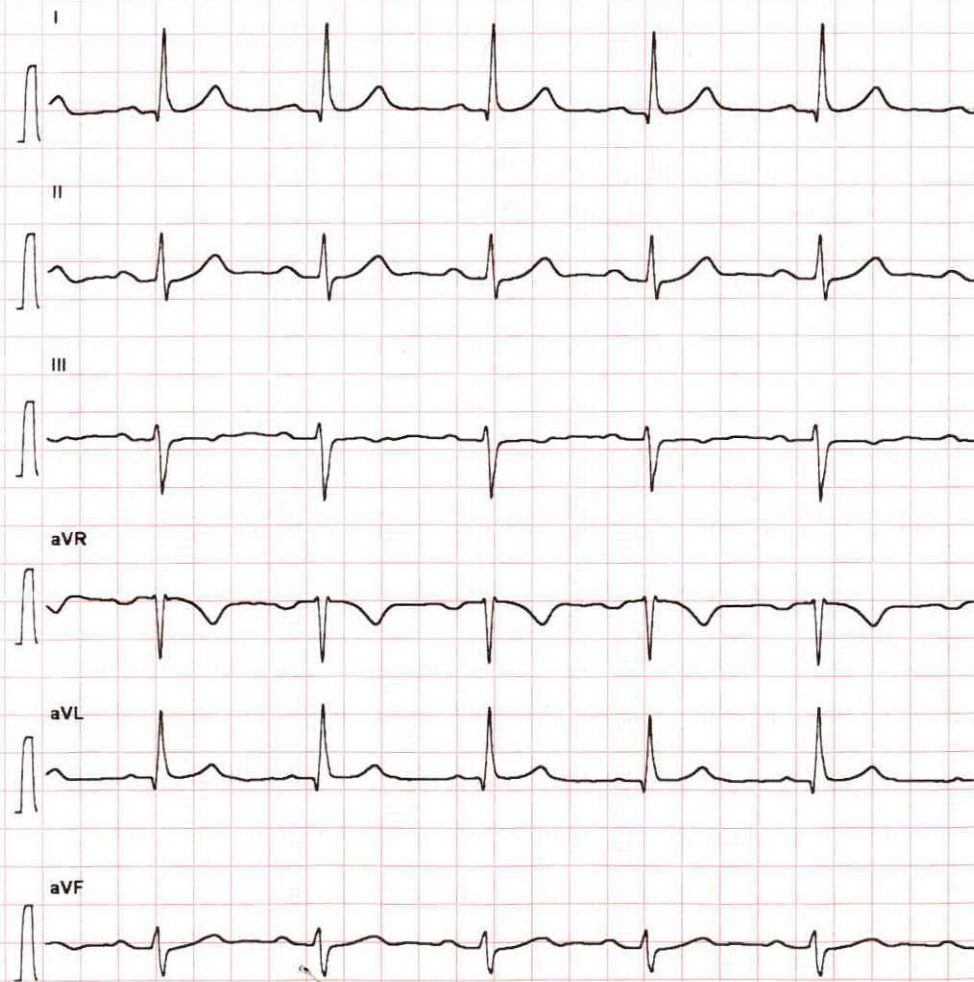
(Bazett)

P (II) 0.09 mV

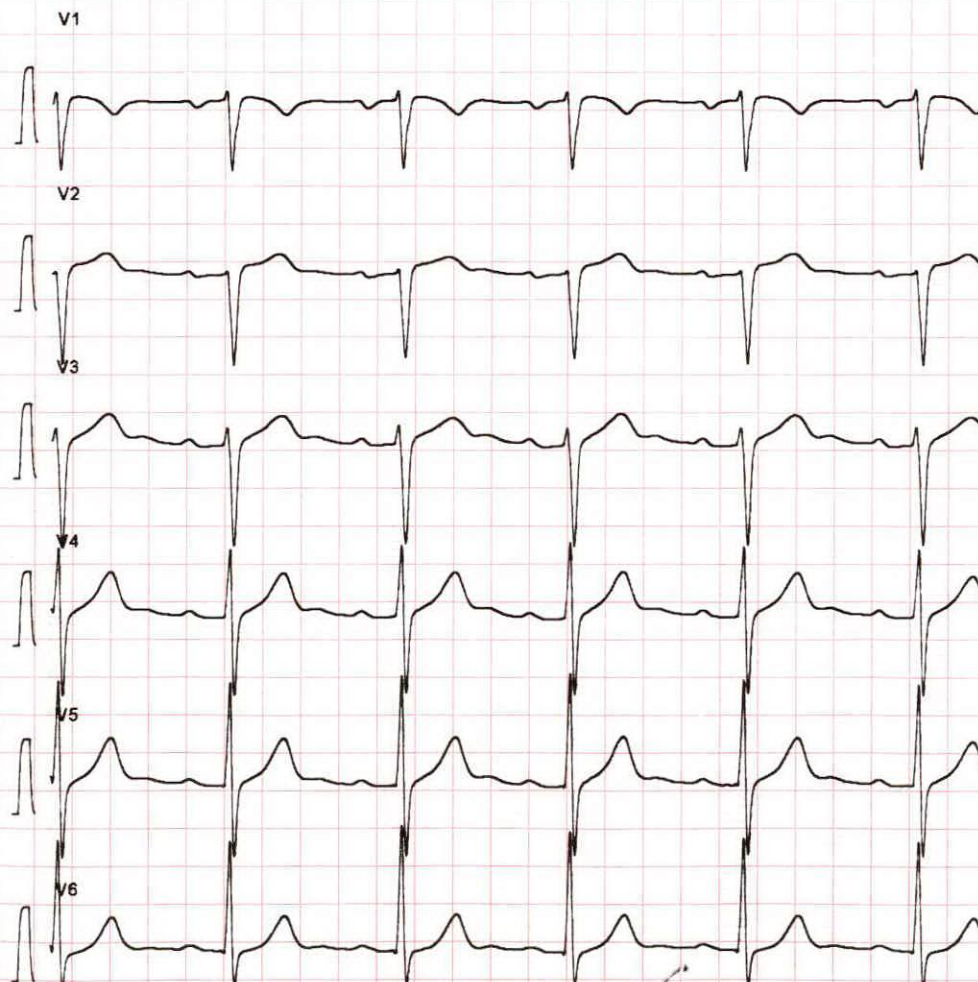
S (V1) -1.04 mV

R (V5) 1.91 mV

Sokol. 3.27 mV



10 mm/mV 25 mm/s



10 mm/mV 25 mm/s