

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-678687

ND=98460

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1607 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Belamine EL Habib

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 : EL Habib

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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-678687

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible][illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

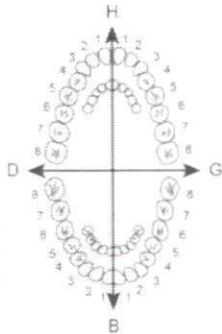
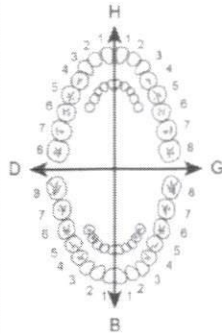
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				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

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

ENP: 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	G

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et d'indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture.

Veuillez 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	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux
	25533412	21433552	Montant des soins
	00000000	00000000	Date du devis
	00000000	00000000	Fin de
	35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction)			
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-405674	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-405674

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	1607
Nom & Prénom		BELAMINE EL HABIB	
Fonction	Rte	Phones	066116750
Mail	elhabib@airmaroc.ma		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	Belamine EL HABIB
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
ACCA		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
2671		2002

<b>PHARMACIE</b>	Date	4/11/2024
Montant de la facture	2671,00	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date	
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

# 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 04/11/2021

M. El habib BELAMINE

1) SAFLU Suspension Pour Inhalation à 250 µg/25 mg Flacon 120 Dose  
Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 3 mois

2) LASILIX Comprimé à 40 mg Bte 20 Comprimé  
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3) ALDACTONE Comprimé à 50 mg Bte 20 Comprimé  
Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

4) SYMBICORT TURBUHALER Poudre Pour Inhalation à 400 µg/12 µg Flacon 60 Dose  
Prendre 2 doses le matin et le soir, pendant 3 mois

5) AMLOR Comprimé à 5 mg Bte 28 Comprimé  
Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

6) ELIQUIS 2,5 MG  
le matin et le soir, pendant 3 mois

7) FOSTER  
1 le matin, à midi et le soir, pendant 3 mois

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

LOT : 21E004  
PER : 03/2025  
6 118000 060468

SYNTHEMEDIC  
23 rue soussan benou al soussan rochet  
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

400/12 µg par dose Pâte p. inh.

Flacon de 60 doses

100/4 DMP 21/1800 µg P.V : 297,00 DH

6 118001 020935

SYNTHEMEDIC  
23 rue soussan benou al soussan rochet  
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

400/12 µg par dose Pâte p. inh.

Flacon de 60 doses

100/4 DMP 21/1800 µg P.V : 297,00 DH

6 118001 020935

LOT : 21E007  
PER : 05/2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 21E007  
PER : 05/2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT : 21E006  
PER : 05/2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

6 118000 060468

LOT: GB10198  
PER: 12/2023  
PPV: 185 DH 00

P.P.V : 57DH70  
LOT : B26189  
EXP : 07.2022

49,40

97,70

49,40

P.P.V.: 338,00 DH  
EXP: 10/2023  
LOT: EY3284

P.P.V.: 338,00 DH  
EXP: 10/2023  
LOT: EY3284

# ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg

spironolactone

الداكتون 50 مغ

سبيرونولاكتون



20 comprimés sécables

20 قرص يمكن تقسيمه



P.P.V: 57DH70  
LOT: B26189  
EXP: 07.2022

الصانع

بيرمال هيلنكير المحدودة المملكة المتحدة

طريق والتون - موريشيا

اوسرلاند الشرقية NE61 3YA

المملكة المتحدة.

الحائز على تصريح بالترح في السوق بالمغرب

معامل فايزر شركة مساهمة

الكيلو 0.5 من طريق الوليدية

ص.ب. 24000 35

الجديدة، المغرب

20566672

Médicament autorisé N°: 49DMF/21/AO

المادة  
سبيرة  
يحتوي  
من  
قابلة  
معلوم  
اقرأ  
المعلو  
عن طر  
عن مت  
يحفظ  
تتجاوز  
يرجى  
الاستعم





**Eliquis®**  
apixaban

**2,5 mg**

comprimés pelliculés

Voie orale

**20 comprimés pelliculés**

P.P.V.: 338,00 DH  
EXP: 10/2023  
LOT: EY3284

Avant la délivrance aux patients:  
conserver au réfrigérateur entre 2°C et 8°C  
Après délivrance aux patients:  
Conserver à une température ne dépassant pas 25°C  
Pour les Pharmaciens:  
inscrire la date de délivrance aux patients sur  
l'étiquette adhésive de l'étui, et coller l'étiquette  
sur l'inhalateur.  
S'assurer qu'il y a une période d'au moins de 5 mois  
entre la date de délivrance et la date d'expiration  
inscrite sur l'étui.  
Excipient à effet notoire: éthanol anhydre

Foster 100/6µg, solution pour  
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

SOU MIS A PRESCRIPTION MEDICALE

**FOSTER®**

100/6 microgrammes/dose

solution pour inhalation en flacon pressurisé

dipropionate de bédémétasone /  
fumérate de formotérol dihydraté

CHIESI FARMACEUTICI S.p.A.,

Via Palermo, 26/A - Parma - Italie



PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

S.r.l. de CHIESI Farmaceutici S.p.A

Via Palermo, 26/A - Parma, Italie

Date de  
délivrance :



Pour les Patients:

L'inhalateur ne doit pas être  
utilisé après 5 mois de la date  
de délivrance écrite par le  
pharmacien sur l'étiquette  
adhésive.

Ne Pas Conserver à plus de 25°C



81D93.01/01

BELAMINE EL HABIB

Né(e) le 01.01.1940  
Age 81 ans  
Sexe Masculin  
Taille cm  
Poids kg  
Origine  
PA  
Remarque

FC 62 /min

Intervalles

RR 964 ms  
P - ms  
PR - ms  
QRS 84 ms  
QT 372 ms  
QTc 380 ms  
(Bazett)

Axes

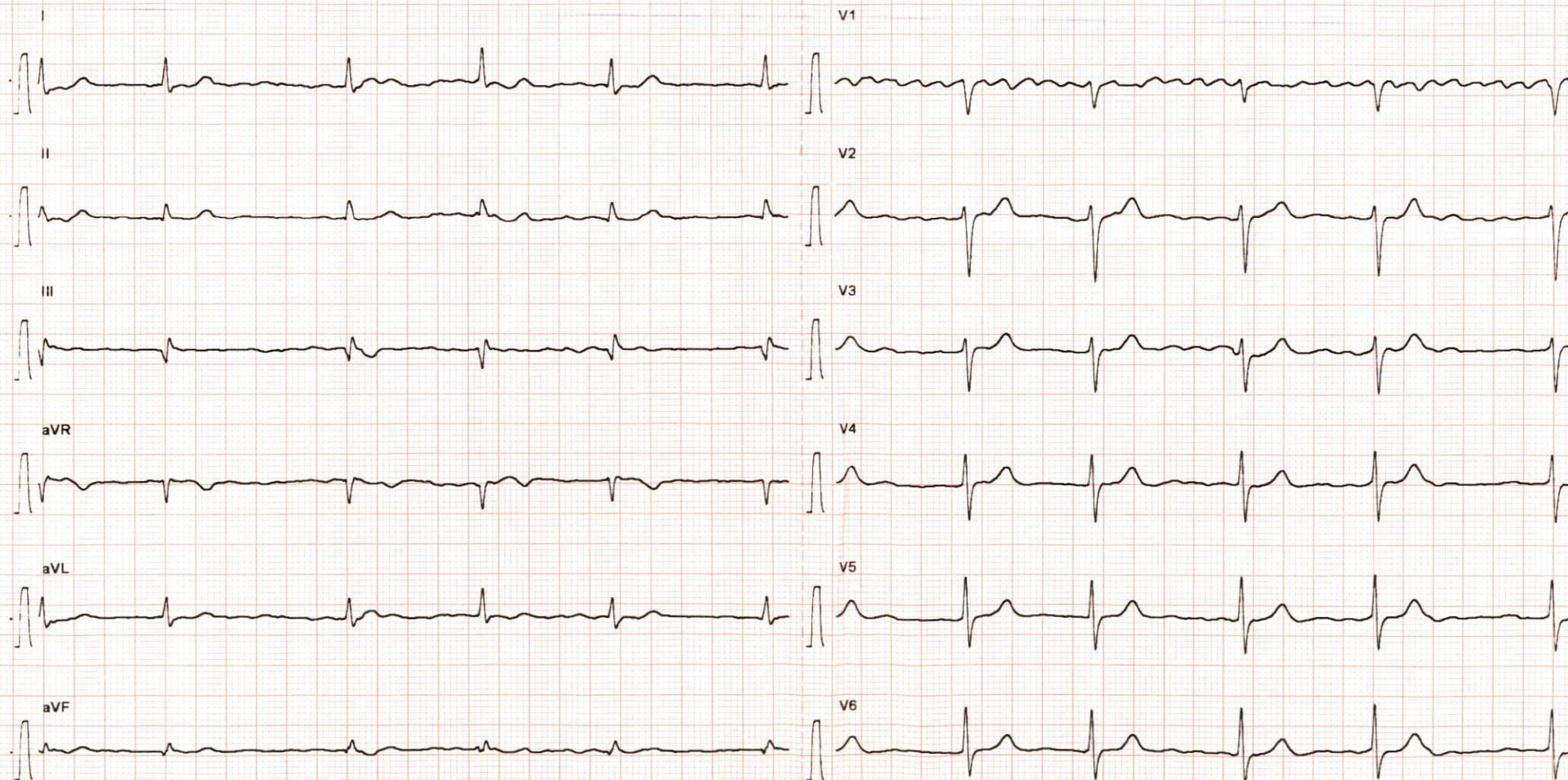
P - °  
QRS 9 °  
T 24 °

P (II) - mV  
S (V1) -0.47 mV  
R (V5) 0.86 mV  
Sokol. 2.09 mV

Interprétation: FIBRILLATION AURICULAIRE

RI6 02

Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s