

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-596650

116 237

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2045 Société : F-ATITA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LARAKI Fatima

Date de naissance : 10/08/85

Adresse : Bel D. Mohamed Sidi Lemass, 13 - Casablanca

Tél. : 0678968283 Total des frais engagés : 1952 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/05/2022

Nom et prénom du malade : Laraki Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Maladie Chronique (Hypothyroïdie)

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 : 12/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/05/22	G		300.0	INP: 09/07/2016
17/05/22	Contrôle		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/52/10	105210
	17/16/27	

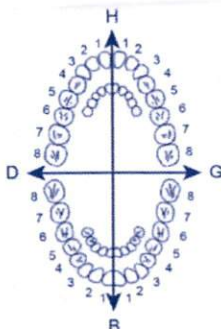
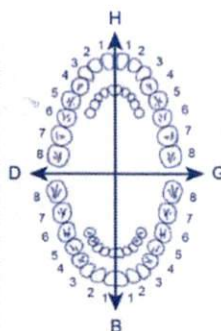
[illegible][illegible]

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'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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMINE Soufiane

Spécialiste en cardiologie

Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان
اختصاصي في أمراض القلب والشرابيين

Casablanca 17/05/2022

Mme LARAKI Fatima

CARDENSIEL 2.5 MG

1/2 comprimé le matin, pendant 6 mois

IRVEL 300 MG

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

CRESTOR 5 MG

1 comprimé le soir, pendant 6 mois

CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé midi après manger, pendant 6 mois

REGIME PEU SALÉ

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 14/10/2022 POUR CS + ECHO

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr. Sijilmassi
Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40

501220d

159,00

ايترا فيل
ايترا فيل ارتان

ايترا فيل
AFRIC-PHAR



300

ملغ

28

عن طريق الفم
فقرصا ملبسا

501220d

159,00

ايترا فيل
ايترا فيل ارتان

ايترا فيل
AFRIC-PHAR



28

عن طريق الفم
فقرصا ملبسا

501220d

159,00

ايترا فيل
ايترا فيل ارتان

ايترا فيل
AFRIC-PHAR



28

عن طريق الفم
فقرصا ملبسا

501220d

159,00

ايترا فيل
ايترا فيل ارتان

ايترا فيل
AFRIC-PHAR



28

عن طريق الفم
فقرصا ملبسا

501220d

159,00

ايترا فيل
ايترا فيل ارتان



28

عن طريق الفم
فقرصا ملبسا

501220d

159,00

ايترا فيل
ايترا فيل ارتان

ايترا فيل
AFRIC-PHAR



300

ملغ

28

عن طريق الفم
فقرصا ملبسا

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 التأكيد 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 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

7862160246

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 التأكيد 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 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

7862160246

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 التأكيد 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 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

7862160246

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle/Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le :
Cachet et signature du médecin traitant	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Name: ARAKI FATIMA

ECG

Sex :

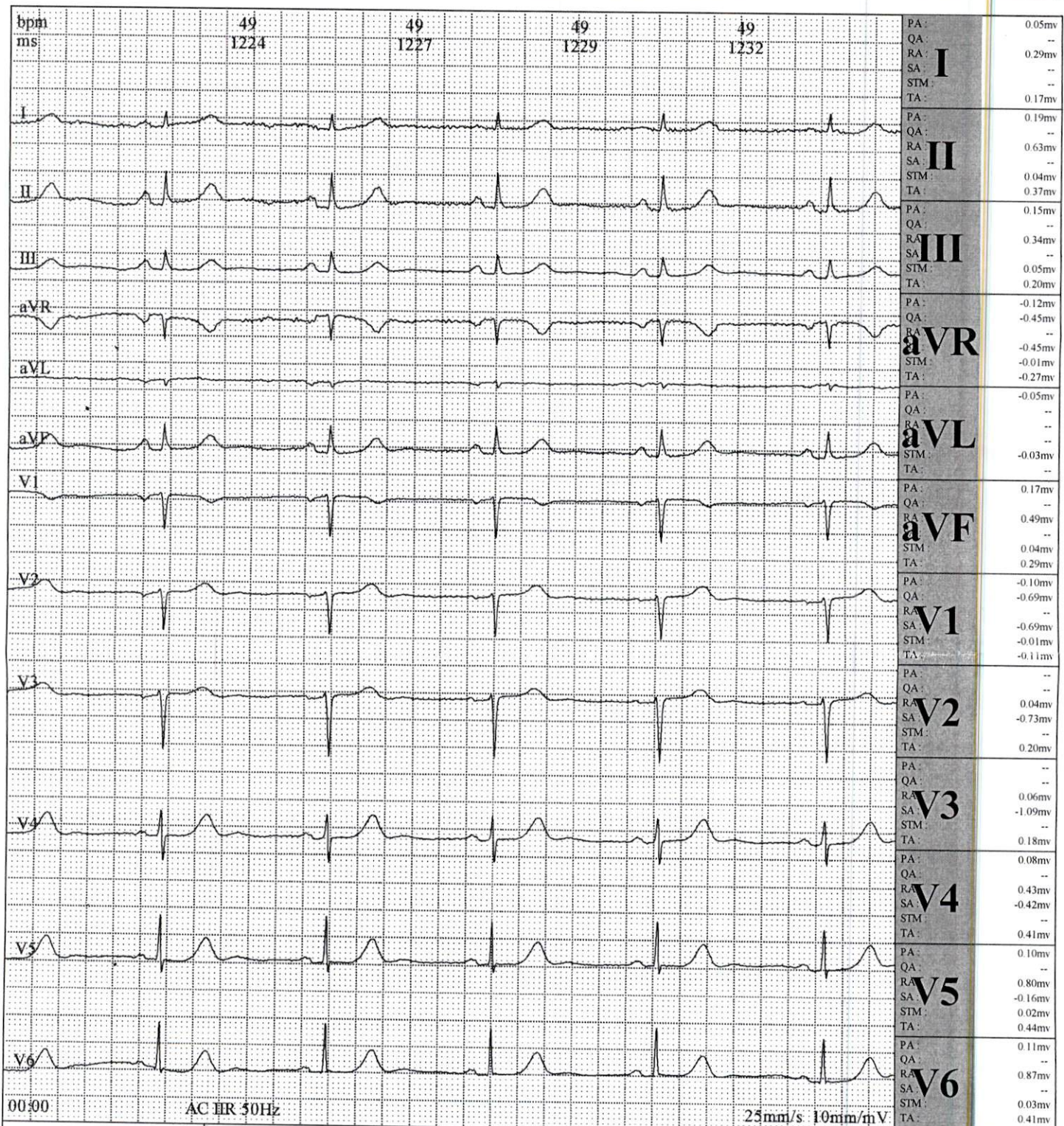
Age :

Clinic No. : Section :

SN : 0001927 Case No. :

Bed No. :

Date: 7/05/2022



Frequency: 1000Hz PR Interval: 187 ms
 Sample Time: 20s QT Interval: 476 ms
 HR: 49bpm QTc Interval: 431 ms
 P Interval: 139ms P Axis: 78.00°
 QRS Interval: 69 ms QRS Axis: 71.10°
 T Interval: 246 ms T Axis: 64.80°

Prompt:

Total Beats 15 ,Normal Beats 15,SVE 0 ,VE 0 .
 Sinus mode Bradycardia;Cardiac electric axis normal;

Dr. Soufiane AMINE
Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
 Angle Bd. Tantan et Avenue Dr. Sijilmassi
 Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
 Casablanca
 Tél: 0522 36 56 55 / Gsm: 06 59 39 40 40

Physician Signature:

Name: **ARAKI FATIMA****ECG**

Sex :

Age :

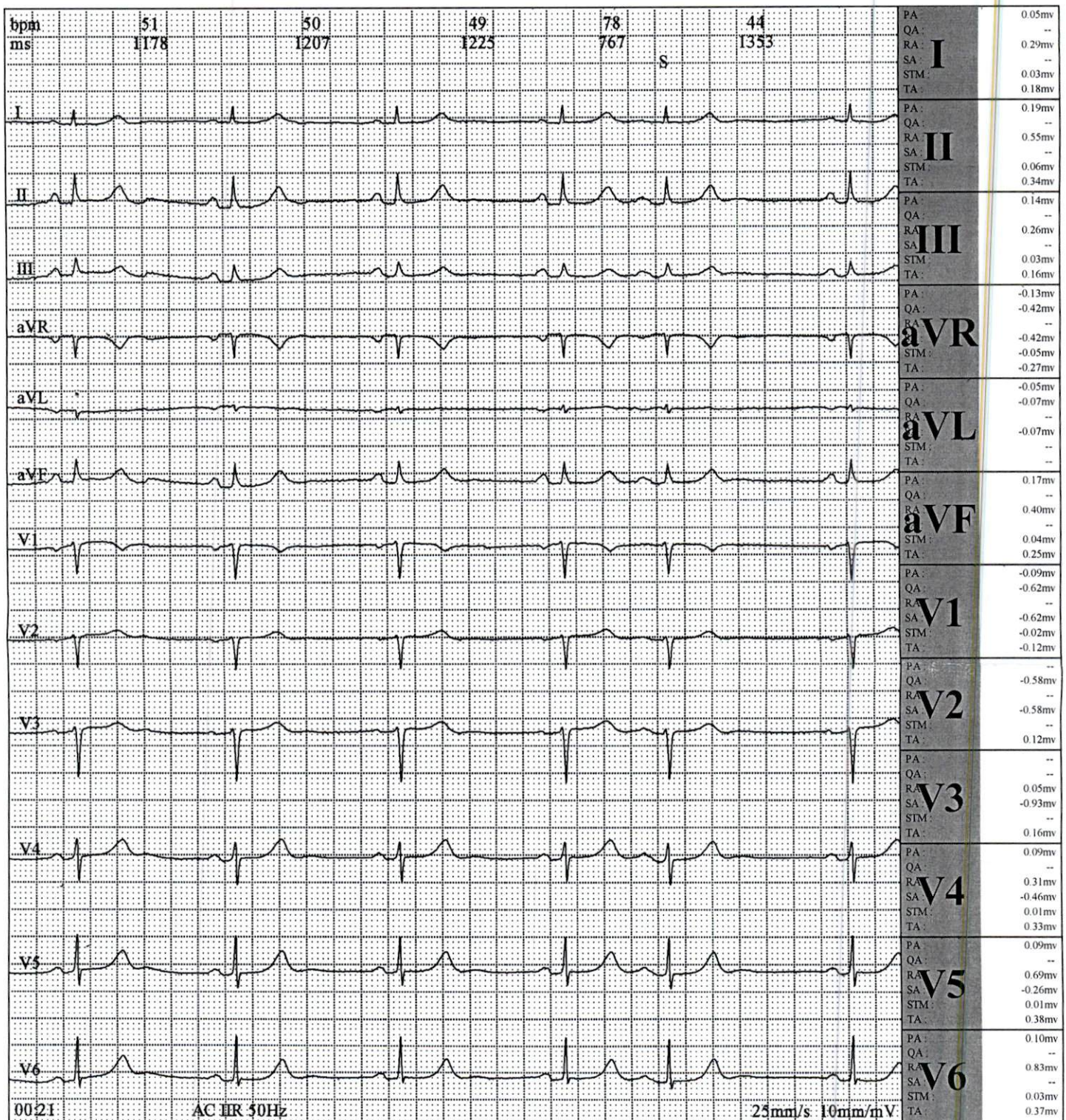
Clinic No. : Section :

SN : 0001884

Case No. :

Bed No. :

Date: 12/05/2022



Frequency: 1000Hz PR Interval: 180 ms
 Sample Time: 33s QT Interval: 459 ms
 HR: 51bpm QTc Interval: 422 ms
 P Interval: 104ms P Axis: 79.00°
 QRS Interval: 68 ms QRS Axis: 66.50°
 T Interval: 212 ms T Axis: 55.20°

Prompt:

Total Beats 27, Normal Beats 25, SVE 1, VE 1.
 Sinus mode Bradycardia, Cardiac electric axis normal, possible old anteroapical MI;

(Bridgman agent and)

Q3SV.
 Re 28 2 8'

22: + 75'

Dr. Soufiane AMINE
 CARDIOLOGUE
 Angle Bd. Tanzi - Avenue Dr. Sijamassi
 Rés. Samir of Bourgo
 Tél: 0522 36 55 55 / Fax: 06 59 39 40 40

Physician Signature: