

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0018008

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000769 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NASSI RAZAL
 Date de naissance : 01-01-1949
 Adresse : Hay Oufar GP "N" Rue 133 No 47
 Tél : 06 62 79 06 07 Total des frais engagés : 300DH + 1000DH + 400DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/10/2022
 Nom et prénom du malade : NASSI RAZAL
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HEN
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 18/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
18/10/2012	Vaccin	1	2000	
	Chèque	1	1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULAY ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Boulouya El Oued Casablanca - Tél: 0522.90.51.13 ICE: 002201220000071	18/10/2012	405,00

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 :

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																						
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	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



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

ml 0769

Casablanca le :

CASA , Le 18/10/2022

M. RAHAL NASSI

29.30 x 3

1) APADEX LP

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

2) ANCINE 50 MG

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

3) LOWRAC Gelule à 5 mg Bte 30 Gelule

Prendre 1 gélule le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

4) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

7 = 405,00

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
Dr. ZEKRI Abdelati
Pharmacien
Casablanca
Tél: 0522 00 51 45
0777 7777 7777

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA
25 16

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

LOT : 407
PER : 12/23
PPV : 64,00 DH

LOT : 407
PER : 12/23
PPV : 64,00 DH

29,30

29,30

29,30

LOT : 155
PER : 04/25
PPV : 53,00DH

LOT : 155
PER : 04/25
PPV : 53,00DH

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

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



98 Angles Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt
(Près de la commune urbaine du Maârif) Casablanca
Tél: 0522253600 - Fax: 0522253601 - Mobile: 066132186
INPE: 091026591 - Mail: ahmedbennis7@gmail.com

mk 0769

Facture :

- Date : 18.10.2011
- Nom : NASSI
- Prénom : Rihaf
- Consultation + ECG : 300
- Echographie Cardiaque : 1000
- Echographie Vasculaire :
- Holter Tensionnel :
- Holter Rythmique :
- Autres :

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des maladies cardiovasculaires
98, Rue KADI IASS - MAARIF
CASABLANCA
Tél: 0522 25 36 00

Total : 1300

M6 769

Réf. : PR03_004

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>Nassi Bahul</u>	
Matricule : <u>0769</u>	N° CIN : <u>BE 110097</u>
Adresse : <u>Haj Oulfa Cap "N" Rue 133 ab 47</u>	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : <u>Professeur Ahmed BENNIS</u>	Spécialité : <u>Spécialiste des maladies cardiovasculaires</u>
N° ICE : <u>0522 25 36 00</u>	N° INPE : <u>09126591</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>0522 25 36 00</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input checked="" type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>ECG + Echocardiogramme</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <u>APACHEL + Amlodipine</u> <u>Levure</u> <u>Cardiop</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : <u>Casablanca</u> le <u>18/10/2012</u>	
Cachet et signature du médecin traitant : <u>Professeur Ahmed BENNIS</u>	

* 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

Pr. BENNIS AHMED

Cardiologie

98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE

ABOU

SALT ANDALOUSSI

CASA

Tel.: 0522253600

Mobile: 0661321866

Fax: 0522253601

Email: bennis_cardio@yahoo.fr

00 0 00124 8

CASA, le 18/10/2022

Echographie cardiaque

Echographie faite le 18/10/2022 - Opérateur :

NASSI RAHAL

Taille : Poids :

Destinataire :

Indications : bilan d'HTA

Résultats

Fc	Ao	OG	Dtd	Dts	Inc	EpS	EpP	FRD	FEtm	IMM	PAPs	Pod
81 Nb/mn	32 mm	38 mm	52 mm	27 mm		9 mm	9 mm	40 %	70 %			

Rythme : sinusal

Aorte : aorte initiale non dilatée

Valve aortique : sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 2 cm²

Ventricule gauche : fonction systolique globalement normale

Valve mitrale : normale , surface de la valve mitrale : 4 cm²

Oreillette gauche : non dilatée

Coeur droit : non dilaté

Péricarde : libre

Commentaire : VG non dilaté avec cinétique VG conservé

FEVG 70% en 2D Biplan.

Strain Vg global conservé

GS : -20.5%.

Pression de remplissage VG non élevé

Aorte initiale non dilaté

Pas de valvulopathie significative

Pas de signe d'HTAP.

Pas d'épanchement péricardique

Fonction VD conservé
Pas de stenose carotide significative

Conclusion :
FEVG 70%. PRVG non élevé. Pas de valvulopathie. Pas d'HTAP

Appareil : Mise en service le

Pr. BENNIS AHMED

[Signature]
Pr. Bennis Ahmed
Médecin Généraliste
N° 123456789
25/05/2024

NASSI RAHAL Mh: 769

FC 81/min

Né(e) le 01.01.1949
Age 73 ans
Sexe Masculin
Taille cm
Poids kg
Origine
PA
Remarque

Intervalles
RR 742 ms
P 112 ms
PR 214 ms
QRS 138 ms
QT 380 ms
QTc 442 ms
(Bazett)

Axes
P 84°
QRS -51°
T 34°
P (II) -0.08 mV
S (V1) -0.18 mV
R (V5) 1.24 mV
Sokol. 1.42 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, BLOC A-V DU PREMIER DEGRE,
POSITION HYPERGAUCHE, HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR, BLOC DE
BRANCHE DROIT, BLOQUE DE BRANCHE BIFASCICULAIRE,
HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE DROITE AVEC ANOMALIE ST/T,
QRS(T) MODIFIE. ANOMALIE EN ANTEROSEPT. POSSIBLE
R16.02 Rapport non confirmé



