

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, 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 canalaires, 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 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.



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0056982

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : 143400

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIBRAHIMI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 47 Mus Gp 122 Mayfalaouti Gauth

Tél : 06 1241340 Total des frais engagés : 877,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/12

Nom et prénom du malade : Ismael 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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
09/02/2023	V. a. b. c.		2000	<p>Dr. Ahmed Bennis Cardiologue 05 22 25 36 00</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/22	577,10

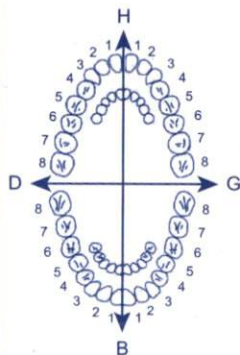
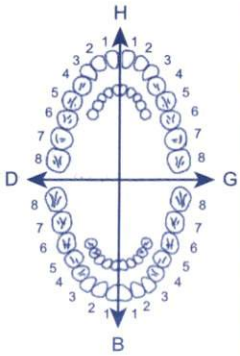
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES SOINS DENTAIRES HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et le type de soins effectués en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de soins orthodontiques 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Professeur Ahmed BENNIS

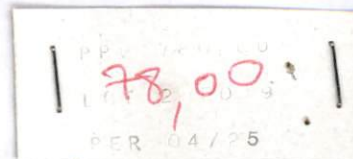
Professeur de Cardiologie

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 09/12/2022

M. MOHAMED IBRAHIMI

50,70

1) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

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

68,90

2) PLAVIX Comprimé Pellicule à 75 mg Bte 28 Comprime

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

(31,30 x 2) =

3) FLUDEX LP Comprimé A Lp à 1,5 mg Bte 30 Comprime

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

78,00

4) ZYLORIC Comprimé à 200 mg Bte 28 Comprime

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

218,00

5) BETASERC

1 le matin et le soir, pendant 15 jours en cas de vertiges

98,90

6) APROVEL Comprimé Pellicule à 300 mg Bte 28 Comprime

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

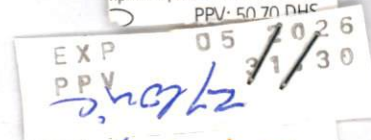
T: 577,10

7) AMLOR Comprimé à 10 mg Bte 28 Comprime

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



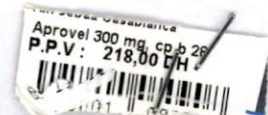
Cardensiel® 2,5 mg
comprimés pelliculés sécables/30
PPV: 50,70 DH



EXP 05/2026
PPV 68,90



222185
06/2026
31,30



Aprovel 300 mg, cp p 28
P.P.V: 218,00 DH

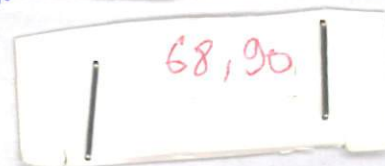
UT.AV : 04 25

P.P.V.

LOT N°: GE8460

98,90

Professeur
Spécialiste
Cardiologie
98 Rue Kadi Iass Maârif
Tel 05 22 25 30



صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Mme L. Boudani
26, Bd Brahim Roudani Ep MIKOU
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 25 86 / 05 22 27 12 24

IBRAHIMI MOHAMED

FC 71 /min

Né(e) le 04.04.1944
Age 78 ans
Sexe Masculin
Taille cm
Poids kg
Origine PA
Remarque

Intervalles

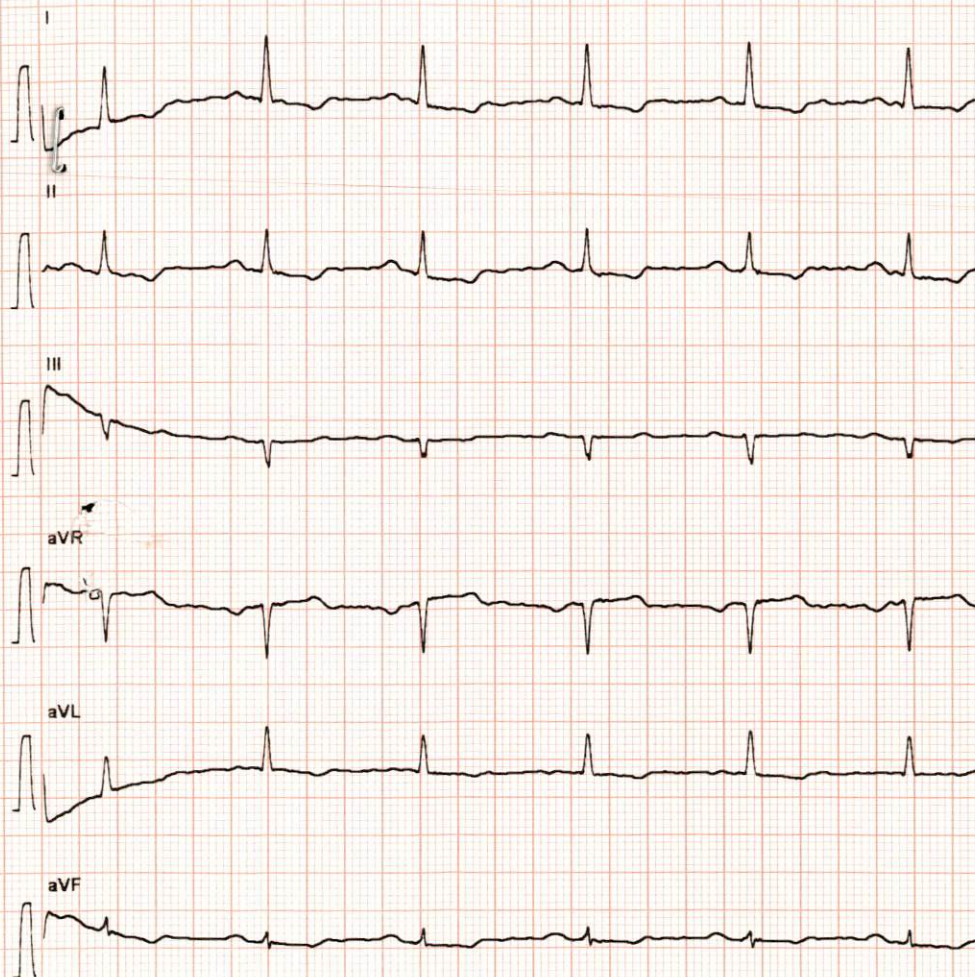
RR 850 ms
P 112 ms
PR 192 ms
QRS 76 ms
QT 380 ms
QTc 413 ms
(Bazett)

Axes

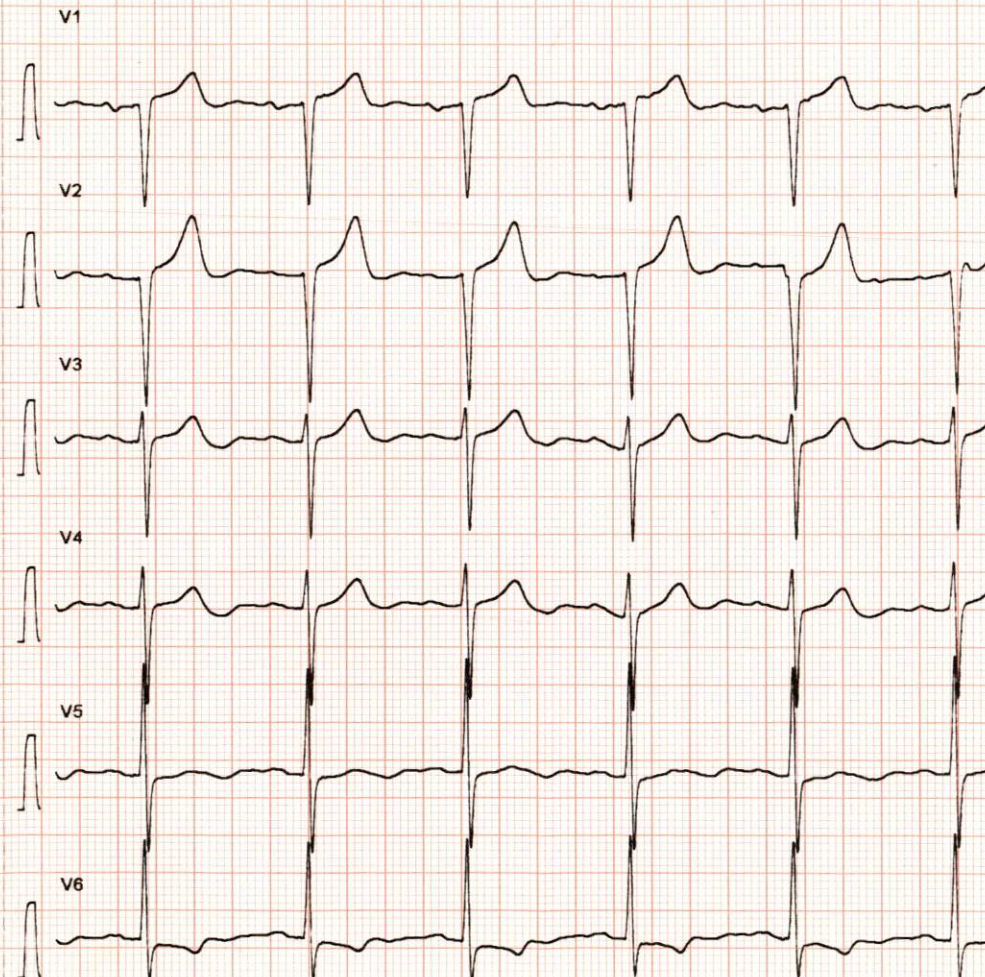
P 38 °
QRS 3 °
T -169 °

P (II) 0.10 mV
S (V1) -1.47 mV
R (V5) 1.85 mV
Sokol. 3.83 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, QRS(T) MODIFIÉ, ANOMALIE EN
ANTEROSEPT. POSSIBLE, ST & T SOUS-DECALES, POSSIBLE ISCHEMIE-
LESION, LAT. OU SURCHARGE VENTRICULAIRE GAUCHE, ANOMALIE
DE T DANS DES DERIVATIONS INFEROLAT.
R16.02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s



10 mm/mV 25 mm/s