

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 061138

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2306

Société : R A M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JADAD MALIKA

Date de naissance : 06-06-1956

Adresse : 31 LOT ESSADA Sidi Mousa

Tél. : 0661565562

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 20 Feb 2024

Nom et prénom du malade : JADAD MALIKA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + palpitations

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 : 21/02/2024

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
20/04/2024	CR	232		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ER-RAYANE Dr Samira AFIR Lot Noir Lot N° 1 Sidi Maârouf Casablanca - Tél : 0522 97 32 71	20/04/24	125662

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

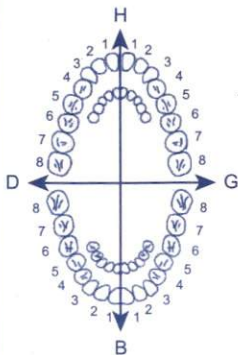
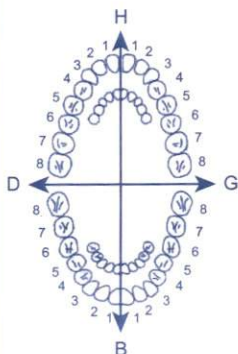
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

**Dr. Mohamed Ali BENNANI**  
**Cardiologue**

Spécialiste des maladies  
du cœur, des vaisseaux  
et de l'hypertension artérielle  
Echocardiographie doppler - Holter  
tensionnel - Holter rythmique  
Epreuve d'effort  
Traitement des varices  
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرابيين  
CENTRE D'EXPLORATIONS  
CARDIOVASCULAIRES

20/02/2024

الدكتور محمد علي بناني  
إختصاصي في أمراض القلب والشرابيين  
وارتفاع الضغط الدموي  
التشخيص بالأشعة فوق الصوتية والدوبلر  
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة  
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة  
تخطيط القلب عند المجهود  
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)  
بالموعد

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء, في

Nom : ..... **Mme JADDAD MALIKA** .....

7200  
13  
DETENSIEL 10 mg, Comprimé pelliculé : 1/2 comprimé le matin pendant  
3 mois

100.7  
13  
132.4  
13  
TAMBOCOR 100 mg : 1/2 comprimé matin et soir pendant 3 mois

CO-VARTEX 160/12.5 MG : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

36.7  
39.8  
ANXIOL 6 mg, Comprimé sécable : 1/4 comprimé le soir pendant 1 mois

LAROXYL 40 mg/ml, Solution buvable en gouttes : 4 goutte le soir  
pendant 1 mois

125660  
Docteur Mohamed Ali BENNANI

PHARMACIE ER-RAYANE  
Dr Samira AFIR  
Lot Noui Lot N° 1 Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél. 0522 97 32 14

Dr Mohamed Ali BENNANI  
Spécialiste des Maladies du Cœur  
et de l'Hypertension Artérielle  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira  
Tél. 0522 59 59 00

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le : ..... : عدم توقيف الوصفة حتى الموعد المقبل في

**Mardi 21 Mai 2024**

1. زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca  
Tél./Fax : 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr



**DETENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

**Laroxyl®**  
Amitriptyline  
*48*  
PPV: 39DH80  
PER: 10/26  
LOT: M3073

36,70

**DETENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

**DETENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

LOT: 23176 PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

LOT: 23184 PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

LOT: 23184 PER: 09/2028  
PPV: 100,70 DH

AMM N° 348 DMP / 21 / NNP  
Fabriqué sous licence MEDAPHARMA  
par les laboratoires Steripharma  
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable



132,40



132,40



132,40



132,40



132,40

Nom: JEDDAD MALIKA

Sex: femell Lit No:

Age: Date: 20/02/2024 17:14:11

SN: 001886 Section:

Cli No.: Case No.:

Fréquence	1000Hz	QT Interval:	450ms
Temps d'écho	11s	QTc Interval:	426ms
FC:	54bpm	P Axis:	57.40°
P Interval:	284ms	QRS Axis:	42.40°
QRS Interval:	85ms	T Axis:	41.50°
T Interval:	254ms	RV5/SV1	1.27/0.68mV
PR Interval:	326ms	RV5+SV1	1.95mV

Prompt:

Total Battem9 , Battements No9 .  
Cardiac electric axis normal; I AV block;

136 132  
27 20  
55 55  
Docteur

