

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 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.

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



Déclaration de Maladie

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

196082

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 : JAADAD MALIKA

Date de naissance : 06-06-1956

Adresse : 31 LOT ESSADIA Sidi Mousa

Tél. : 0661565562 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Mohamed Ali Revini

Date de consultation : 20 Feb 2024

Nom et prénom du malade : JAADAD 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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
20 Fevr 2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/24	1256,62

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 :

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 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>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	B			
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	00000000	35533411	00000000	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

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 والشرايين
CENTRE D'EXPLORATIONS
CARDIOVASCULAIRES

20/02/2024

Casablanca, le : : الدار البيضاء, في :

Nom : **Mme JADDAD MALIKA**

الدكتور محمد علي بناني
إختصاصي في أمراض القلب والشرايين
وارتفاع الضغط الدموي
التشخيص بالأمواف 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

7200
x3
DETENSIEL 10 mg, Comprimé pelliculé : 1/2 comprimé le matin pendant
3 mois

100.70
x3
TAMBOCOR 100 mg : 1/2 comprimé matin et soir pendant 3 mois

132.40
x3
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

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

Docteur Mohamed Ali BENNANI

Dr Mohamed Ali BENNANI
Spécialiste de
des Vaisseaux et de l'hypertension Artérielle
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira
Tel. 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

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

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

36,70



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'écha:	11s	QTc Interval:	426ms
FC:	54bpm	P Axis:	57.40jā
P Interval:	284ms	QRS Axis:	42.40jā
QRS Interval:	85ms	T Axis:	41.50jā
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;

Handwritten notes:
B6 B2
55
Docteur

