

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037219

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3394 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 201435

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:.....

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0037219

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

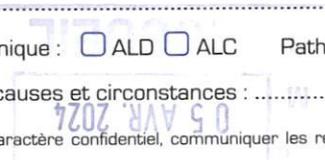
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
CNPSY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis a cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1625576

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ME OUMMA SALWA
Matricule : 5394 Fonction : RETRAITER Poste :
Adresse : Habituelle
Tél. : 0661 129792 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ouma salwa Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : HTA
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A Casa le DL / 06 / 2024 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

*Professional Ahmed BENNIS
Spécialiste des Maladies Cardiovasculaires
CASA BLANCA
05 22 91 26 46
2024
ACTUEL
HIT*

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
02/04/2024	Consultation	1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H H 47 N° H Hay Hassani Hay Layoune - Hay Hassani Tél : 022 93.86.84 - Fax : 022 93.87.15	02/04/2024	1720,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

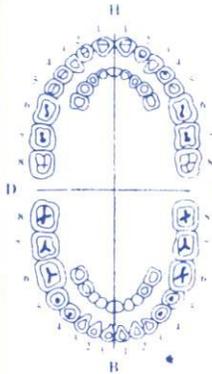
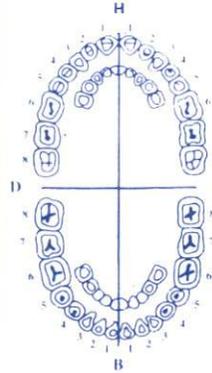
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 <input style="width: 50px;" type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 50px;" type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 50px;" type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input style="width: 50px;" type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input style="width: 50px;" type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 50px;" 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

Casablanca le :

CASA , Le 02/04/2024

Mme SALOUA OUAHBI

27.70 x 3

1) **CARDIOASPIRINE Comprimé Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprimé**

S.V

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

185.70 x 3

2) **CRESTOR Comprimé Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprimé**

S.V

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

56.60 x 5

3) **STILNOX Comprimé Pellicule Secable à 10 mg Bte 20 Comprimé**

S.V

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

158.30 x 3

4) **APROVEL Comprimé Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprimé**

S.V

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

56.8 x 3

5) **ALDACTONE Comprimé à 50 mg Bte 20 Comprimé**

S.V

Prendre 1/2 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

50.70 x 3

6) **CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP**

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

S.V

PHARMACIE TILILA

N° : 8200
Le : 02/04/24

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H H 47 N° H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél : 022 93.86.84 - Fax : 022.93.87 15

Professeur Ahmed BENNIS
Specialiste des Maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi lass Maarif - Casabl.
Tel 05 22 25 36 00

Professeur Ahmed BENNIS
Spécialiste des Maladies
Cardiovasculaires
98 Rue Kadi Lass Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 25 36 00

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

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH
6 118001 183111

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 160 mg, cp b 28
P.P.V. : 158,30 DH
6 118001 080892

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V. : 56,80 DH
6 118001 170029

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

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH
6 118001 183111

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 160 mg, cp b 28
P.P.V. : 158,30 DH
6 118001 080892

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V. : 56,80 DH
6 118001 170029

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

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V. : 185,70 DH
6 118001 183111

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Aprovel 160 mg, cp b 28
P.P.V. : 158,30 DH
6 118001 080892

ALDACTONE 50^{mg}
P.P.V. : 56,80 DH
6 118001 170029

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

LOT : 22E003
PER.: 04 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

LOT : 22E001
PER.: 01 2025
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

LOT : 22E005
PER.: 08 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 22E003
PER.: 04 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

LOT : 22E004
PER.: 05 2026
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 56DH60
6 118000 061465

OUAHBI SALOUA

Né(e) le 14.01.1963
Age 61 ans
Sexe Féminin
Taille cm
Poids kg
Origine PA
Remarque

FC 63 /min

Intervalles

RR 950 ms
P 90 ms
PR 190 ms
QRS 80 ms
QT 414 ms
QTc 427 ms
(Bazett)

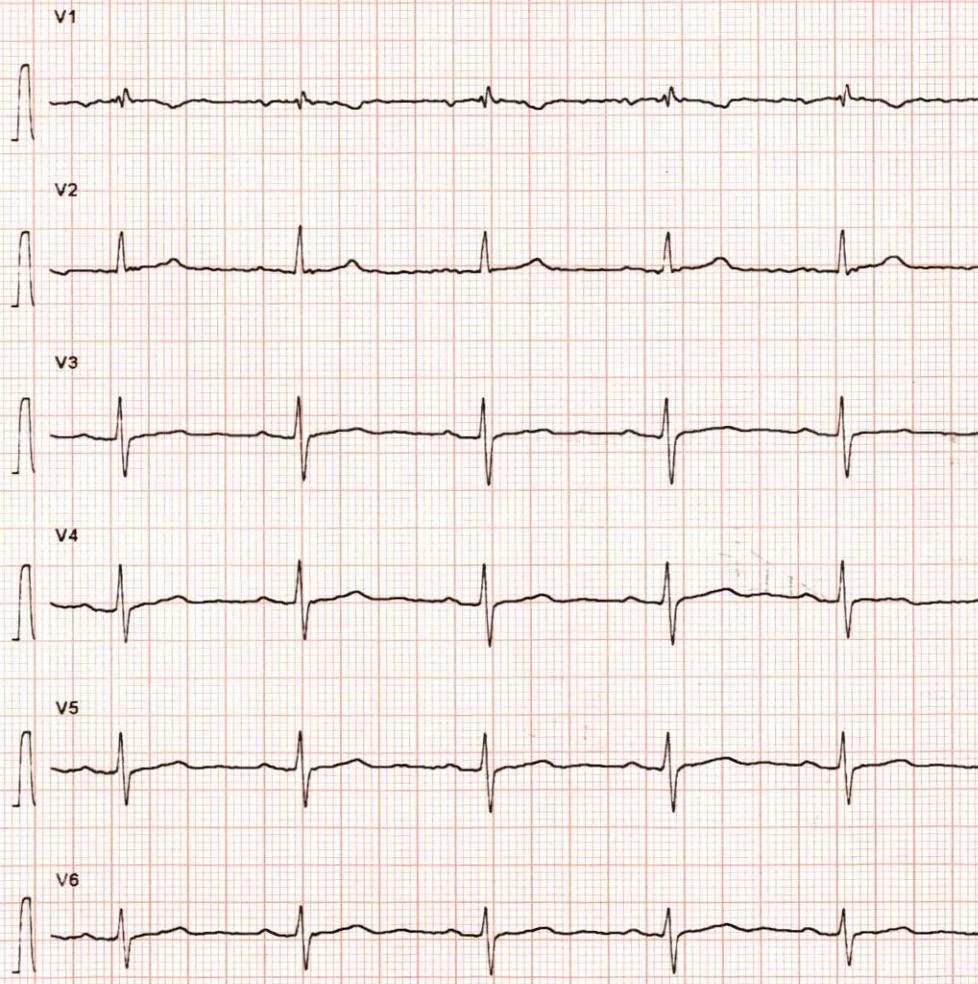
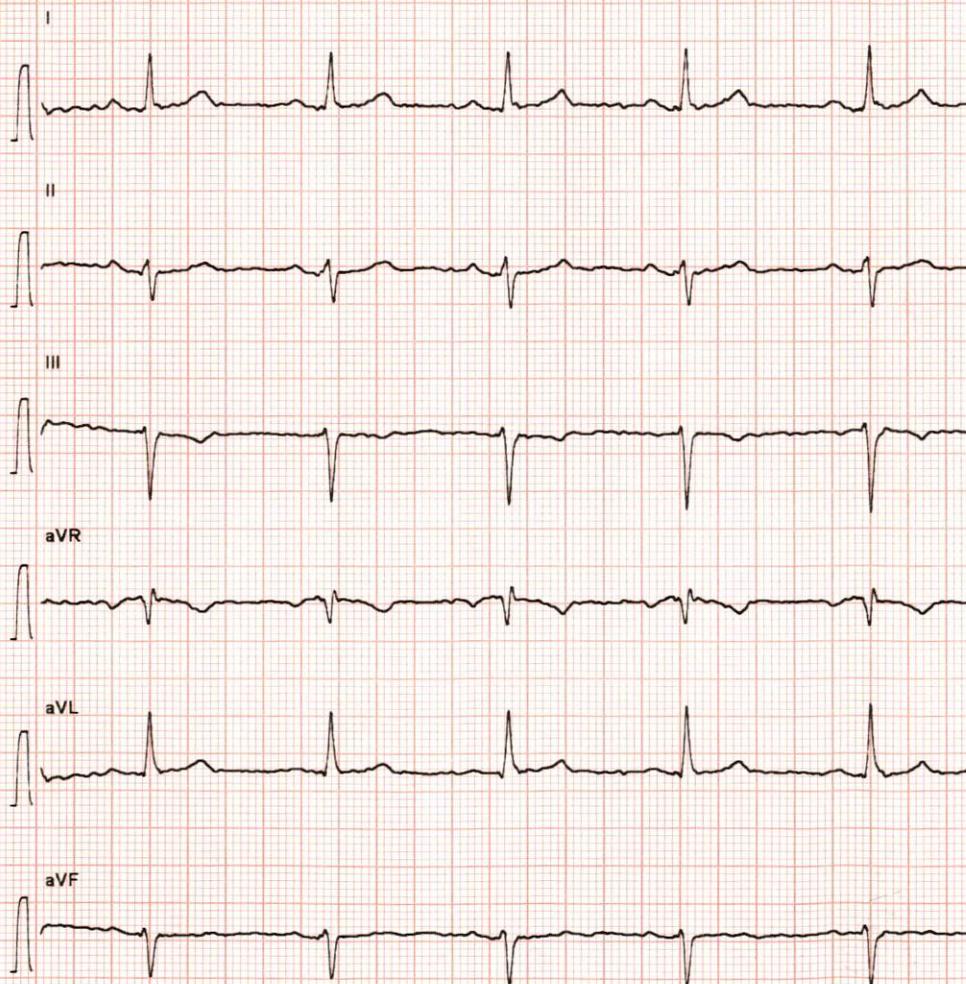
Axes

P 24 °
QRS -38 °
T 15 °

P (II) 0.10 mV
S (V1) -0.12 mV
R (V5) 0.63 mV
Sokol. 0.75 mV

Interprétation: RYTHME SINUSAL, POSITION HYPERGAUCHE, ZONE DE TRANSITION R-S DEPLACÉ VERS LA DROITE, HEMI-BLOC GAUCHE ANTERIEUR, ANOMALIE DE T NON SPECIFIQUE

R16 02 Rapport non confirmé



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s