

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-545629

ND: 32 307

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
27/06/2006	Nettoyage	1		INP: 001006591

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/06/2006	873.00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



# 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 Angle Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt Andaloussi

( Près de la commune urbaine du Maârif) Casablanca

Tél. : 05 22253600 - Fax : 05 22253601

Mobile : 0661321866

## Facture :

- Date : 27-06-2020
- Nom : M. PADAF
- Prénom : Mohamed
- Consultation + ECG : 300,00
- Echographie Cardiaque : 1000,00
- Echographie Vasculaire :
- Holter Tensionnel :
- Holter Rythmique :
- Autres :

Total : 1300,00



## 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 27/06/2020

M. MOHAMED MOUSTADRAF

126.00 x 3  
1) **DIPREZAR Comprimé Pellicule à 50 mg/12,5 mg Bte 28 Comprime**

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

2) **CHRONODINE 240 LP**

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

165.00 x 3  
873.00  
**PHARMACIE AL OUART**  
**S. CHALAK Haj Nassar**  
Docteur en Pharmacie  
35, Av. Oued Setouj - El Oufra  
Tél / Fax : 05 22 53 45  
CASABLANCA  
ICE : 001541468000057

*Professeur Ahmed Bennis*  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue Kadi IASS - MAÂRIF  
CASABLANCA  
Tél. 0522 36 00

**CRONODINE® 240 LP**

diltiazem

LOT: 18333  
PER: 07-2021  
PPU: 165,00 DH

CRONODINE® 240 LP  
30 Gélules



6 118001 220014

**CRONODINE® 240 LP**

diltiazem

LOT: 19056  
PER: 02-2022  
PPU: 165,00 DH



6 118001 220014

**CRONODINE® 240 LP**

diltiazem

LOT: 19185  
PER: 08/2022  
PPU: 165,00 DH



30 Gélules

CRONODINE® 240 LP

50 ملغ / 12,5 ملغ

بريزار®

لام. وتيازيد

PPV 126DH00  
PER 05/22  
LOT 11233



PPV:126DH00  
PER:10/22  
LOT:12369



12,5 ملغ / 50 ملغ

قرصا  
مغلضا

30

طريق الفم



PPV 126DH00  
PER 01/23  
LOT 0269

DIPREZAR®  
Losartan 50 mg +  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg  
30 comprimés pelliculés



**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 27/06/2020

## Echographie cardiaque

Echographie faite le 27/06/2020 - Opérateur :

**MOUSTADRAF MOHAMED**

Taille : **183 cm** Poids : **128 kg**

Destinataire :

**Indications** : bilan d'HTA

### **Résultats**

Fc	Ao	OG	Dtd	Dts	Inc	EpS	EpP	FRD	FEtm	IMM	PAPs	Pod
72 Nb/mn	33 mm	41 mm	53 mm	31 mm		12 mm	11 mm	30 %	55 %			

**Rythme** : sinusal

**Aorte** : normale, aorte initiale non dilatée

**Valve aortique** : sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 1 cm<sup>2</sup>

**Ventricule gauche** : fonction systolique globalement normale

**Valve mitrale** : normale , surface de la valve mitrale : 4 cm<sup>2</sup>

**Oreillette gauche** : non dilatée

**Coeur droit** : non dilaté

**Péricarde** : libre

**Commentaire** : VG non dilaté avec cinétique VG conservé.

FEVG 55% en 2DBiplan.

Pression de remplissage VG non élevé.

Aorte initiale non dilaté.

Strain Vg global longitudinal conservé.

GLPS AV: -21.5%.

Pas de valvulopathie significative.

Pas de signe d'HTAP.

Pas d'épanchement pericardique.  
Fonction Vd conservé.  
Pressions pulmonaire et volemei non élevé.  
Pas de stenose carotide significative.

**Conclusion :**

FEVG 55%. PRVG non élevé.

Appareil : Mise en service le

Pr. BENNIS AHMED

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiaques et pulmonaires  
98, Rue KADI MACHAÏ  
CASABLANCA  
Tél. 05 22 33 38 38