

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

N° M20- 0003656

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3057 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RAGGI MOHAMED  
Date de naissance : 04-06-1958  
Adresse : 2 Comp PANAMARBO NES RAGGI Imm B  
ET 1 N° 21 TANGER  
Tél. : 06 99 83 26 63 Total des frais engagés : 1047,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - Casa  
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89  
Date de consultation : 29/09/2021  
Nom et prénom du malade : M. RAGGI Mohamed  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint  
Nature de la maladie : H.T.A + Dyslipidémie  
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 : Casa Le : 29/09/2021  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-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 |
| 09.09.62                       | g                 |                       | 300 000                         |                                                                |

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                                                                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09 09 621 3     |                   |                       | 300 000                         | <br><b>Dr. EL MAKHLOUF</b><br>Professeur Agrégé Card<br>5, Rue Med Abdou<br>05 22 29 81 651 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date     | Montant de la Facture |
|  | 09/03/24 | 747,60                |

|                                           |      |                       |
|-------------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------|------|-----------------------|

|          |       |
|----------|-------|
| 09/03/21 | 74760 |
|----------|-------|

[illegible]

| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|

[illegible]

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |

**REL**

Le praticien est prié de préciser la

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en ca

SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT : 21E002  
PER : 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

20 E 00 4 13 1

20 E 00 4 13 1

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents<br>Traitées |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                     |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

**O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE**

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFIC Lot n°:  
DES TR EXP:  
PPV: 255 DH 00

MONTA Lot n°:  
DES SO EXP:  
PPV: 255 DH 00

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                            | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | <p>MONTANTS<br/>DES SOINS</p>  |
|                                                                                       |                                                                                                         | <p>DATE DU<br/>DEVIS</p>       |
|                                                                                       |                                                                                                         | <p>DATE DE<br/>L'EXECUTION</p> |
|                                                                                       |                                                                                                         |                                |
|                                                                                       |                                                                                                         |                                |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

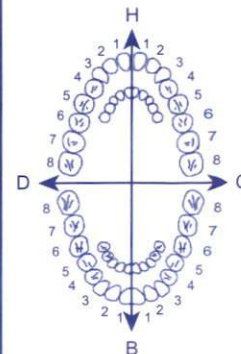
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la

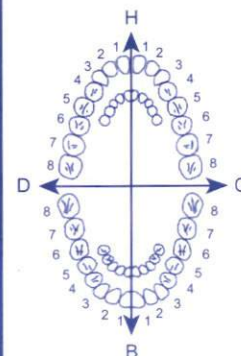
**Important :**

Veillez joindre les radiographies en ca

## Dents Traitées



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 35533411 |   | 11433553 |
|          | B |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFIC Lot n°:  
DES TR EXP:  
PPV: 255 DH 00

MONTA  
DES SO

Lot n°:

EXP:

PPV: 255 DH 00

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                         |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 621 3             | 300 01/10             |                                 | Dr. EL MAKHLOUF Ali<br>Professeur Agrégé Cardiologie<br>5, Rue Med Abdouh - Casa<br>85 22 23 81 55/89 - 05 22 47 28 89 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
|                                        | 09/09/24 | 74760                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# RELEVÉ

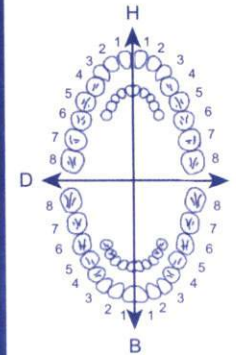
Le praticien est prié de préciser la

Important :

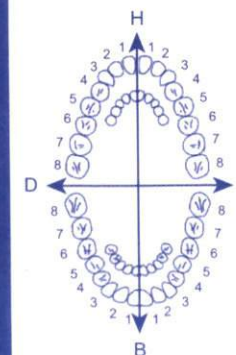
Veuillez joindre les radiographies en ca

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |   |
|----------|----------|---|
|          | H        |   |
| 25533412 | 21433552 |   |
| 00000000 | 00000000 |   |
| D        |          | G |
| 00000000 | 00000000 |   |
| 35533411 | 11433553 |   |
|          | B        |   |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TR

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

MONTA  
DES SO

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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

LOT : 20E021  
PER: 06 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



LOT : 21E002  
PER: 09 2022

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou

CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Monsieur RAGGUI Mohamed**

Casablanca le 09/09/2021

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - Casa  
Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

8310x2

1- TENORMINE : 1/2 CP PAR JOUR  
TTT A NE PAS ARRETER.

25500  
2- ROSUVAS SUN 20 MG:  
1 LE SOIR SANS ARRET

3540  
3- KARDEGIC 160 : 1 SACHET A MIDI TOUS LES JOURS  
TTT POUR 6 MOIS

6 mos

74760  
Rc 6 mos

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - Casa  
Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - Casa  
Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

PHARMACIE JAMAI  
Espace Immobilier  
AL FIRDAOUS  
GH 15000 N° 1 Oulfa  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 05 22 93 30 20

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83**

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89

Fax : 05 22 22 62 97

Dom : 05 22 79 85 32

09/09/2021

NOTE D'HONORAIRES

Mr Mohamed RAGGUI .

Consultation + ECG.....: 300,00 DHS.

La présente facture est arrêtée à la somme de 300,00 DHS

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Méd Abdouh - Casa  
Tél 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47.26 89



☒ **valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : **Professeur Agrégé Cardiologie**

**5, Rue Med Abdouh - Casa**

Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
 Professeur Agrégé Cardiologie  
 5, Rue Med Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

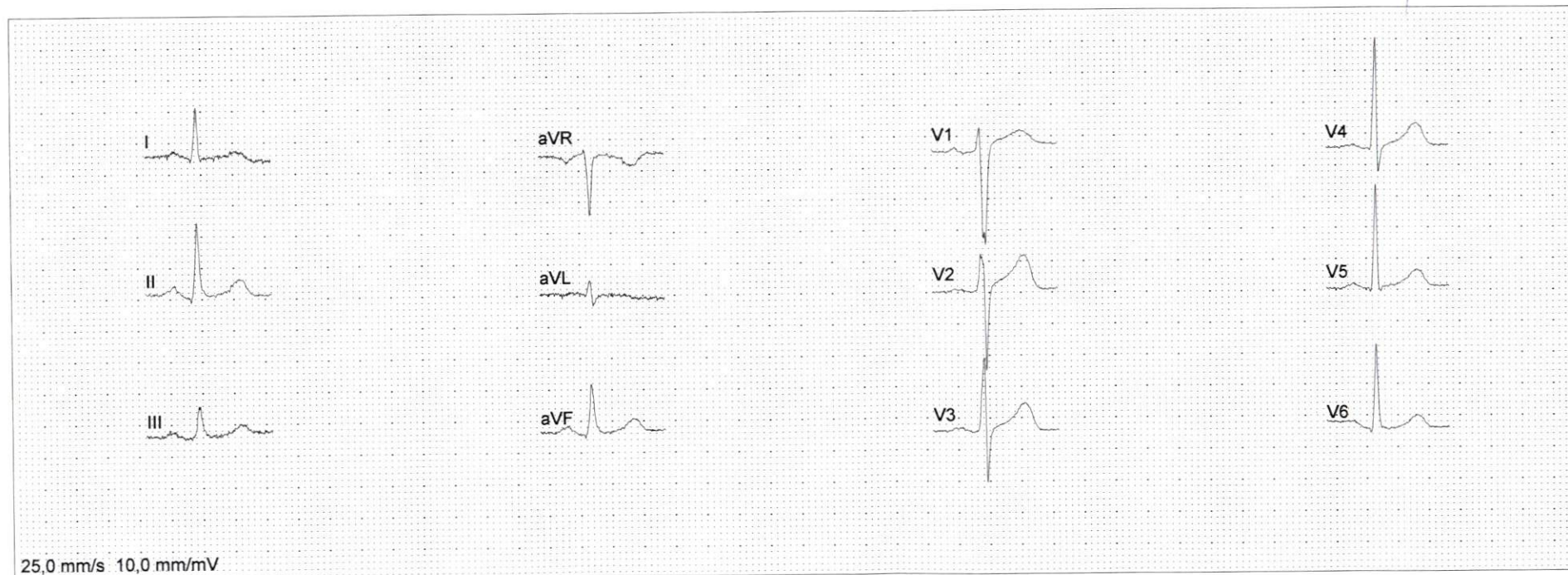
# Welch Allyn CardioPerfect

Nom: RAGGUI MOHAMED  
Numéro: RAGGUI MOHAMED  
M ou Mme: Masculin  
né le: 04/06/1958 Age: 63 ar

Enregistré: 09/09/2021 10:42:46  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

P / PQ 158 ms / 177 ms  
QRS dur: 110 ms  
QT / QTc / QTd 416 m / 416 m / -  
P/QRS/T axis: 61° / 60° / 80°  
Rythme cardiaque: 60 bpm

*Dr 147/80 → 140/80*  
*P. 73*



25,0 mm/s 10,0 mm/mV



25,0 mm/s 10,0 mm/mV

[0,5-35] Hz ~60 Hz.