

# 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

ND: 31016

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0000341

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LECHHEB Omar

Date de naissance : 01/07/1953

Adresse : 109 Bd d'Oran EL KADAN Cas

Tél. : 0661176535

Total des frais engagés : 2020

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/2020

Nom et prénom du malade : LECHHEB Omar

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA, 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 : .....

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

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
20-01-2020	C3+146	300		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

2010/1/2020 2107.20

# 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

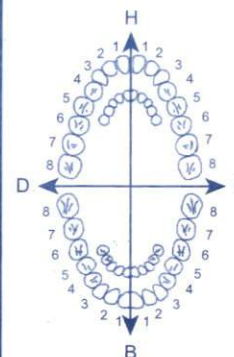
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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

Casablanca, le 20 Janvier 2020

Mr Omar LECHHEB

54,10 x 3  
1 - CARDENSIL 2.5 mg :  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET



196,20  
1 - NATISPRAY sol p pulv buccale 0,15 mg  
1 bouffée sous la langue en cas de douleur thoracique

145,90 x 3  
3 - CRESTOR 5 mg :  
1 CP LE SOIR TOUS LES 3 J SANS ARRET



4 - COVERSIL 5 mg :  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET



437,00 x 3  
1 - KARDEGIC 160 mg :  
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET



PHARMACIE ODYSSEE  
Asma AMOR  
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beauséjour Casablanca  
Tél/ Fax: 0522 25 52 63

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca  
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

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

6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 54,10 DH

145,90

145,90

145,90

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 5mg cp pellic  
P.P.V : 196,20 DH  
6 118001 183104

70027234/010414-1  
6 118001 160495  
**JANUMET® 50/1000 mg**  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027234/010414-1  
6 118001 160495  
**JANUMET® 50/1000 mg**  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

70027234/010414-1  
6 118001 160495  
**JANUMET® 50/1000 mg**  
AMM 59DMP/21/NCI  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

19-01-2014 10:00:00  
01-01-2014 10:00:00  
01-01-2014 10:00:00



ndw

Nom: LECHHEB OMAR  
Numéro: LECHHEB OMAR  
M ou Mme: Masculin  
Né le: (-)

Enregistré: 20/01/2020 18:46:17  
Enregistré par:  
Médecin de référence  
Médecin prescripteur :  
Médecin traitant :  
Endroit:  
Commentaire:

INTERPRETATION NON CONFIRMÉE

P / PQ: 163 ms / 222 ms  
QRS: 113 ms  
QT/QTc/QTd: 405 ms / 408 ms / -  
Axe P/QRS/T: 46° / -41° / 105°  
Rythme cardiaque 62 bpm

130172  
994

