

# 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.

## Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 049571  
54581 ☐ Optique ☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3294 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NAJEM AHMED  
Date de naissance : 01/01/1952  
Adresse : HAY LAALOU Rue 16 n° 8 CD  
CASABLANCA  
Tél. : 0632098767 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2024  
Nom et prénom du malade : NAJEM AHMED Age : 69 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Dyspnée - HTA  
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) :


*[Signature]*




# 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
06/01/2021	cd + Ecey		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/2021	212,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/01/2021	Eche cour	1000.00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

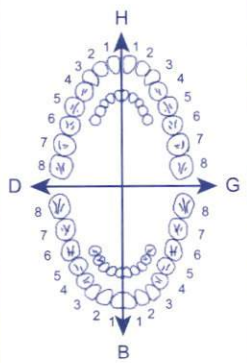
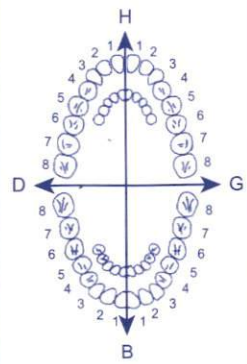
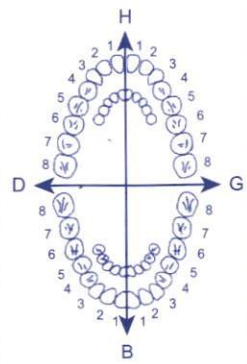
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				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

Docteur Khalid ADNAN

الدكتور خالد عدنان

Cardiologue  
Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires  
Echodoppler Cardio-Vasculaire - Holter



اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
و ارتفاع الضغط و الدورة الدموية  
البحث بالصدى و الهولتر

Casablanca, le : 06/01/21 : الدار البيضاء في

M. MAJEN Ahmed

Premier 5 mg

43,00 x 2 1/2 4 4 mg

6340 x 2 Long 2 AB SS n° 2

212/80

PHARMACIE AL AHRAM  
SEKKAT Rachid  
Dr. en Pharmacie  
106, Bd. Makréd Lahrizi  
Hay El Houde, Cité Djemaâ  
Tél 05 22 57 88 98

Dr. KHALID ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 AV MED BOUZIANE SALAMA III  
SIDI OTHMAN - CASABLANCA  
TEL : 05.22.55.41.08/12

254، شارع محمد بوزيان الطابق الأول السلامة III سيدي عثمان الدار البيضاء  
254, Av. Mohamed Bouziane 1er étage Salama III Sidi Othman Casablanca  
الهاتف : 05.22.55.41.08/12 Tél. : 05.22.55.41.12 الفاكس : 05.22.55.41.12 GSM : 06.66.25.12.44



**Docteur Khalid ADNAN**

Cardiologue

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Echodoppler Cardio-Vasculaire - Holter



**الدكتور خالد عدنان**

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

و إرتفاع الضغط و الدورة الدموية

البحث بالصدى و الهولتر

Casablanca, le : 06/01/2021 في الدار البيضاء

## Note d'honoraire

Mr. M<sup>me</sup> : 1<sup>er</sup> NAJEM AHMED

**Le Docteur ADNAN KHALID**

Vous remercie de votre confiance et vous adresse la note  
d'honoraire de : 1300.00 Dhs

Correspondant à :

- Consultation
- ECG
- Echocardiographie Doppler
- EchoDoppler des TSA
- Holter TA
- Holter ECG
- Epreuve d'effort
- Autre :



254، شارع محمد فوزيان الطابق الأول السلامة III سيدي عثمان الدار البيضاء  
254, Av. Mohamed Bouziane 1er étage Salama III Sidi Othman Casablanca  
الهاتف : 05.22.55.41.08/12 Tél. : 05.22.55.41.12 الفاكس : 06.61.16.34.63 GSM : 06.61.16.34.63 المحمول

Dr ADNAN Khalid

HR: 76

Suggestion :

**ECG**

NOM:NAJEM AHMED

ID :

Genre :

Age :69

DOB :01-01-1952

Date Test:06-01-2021 08:16

Case #:

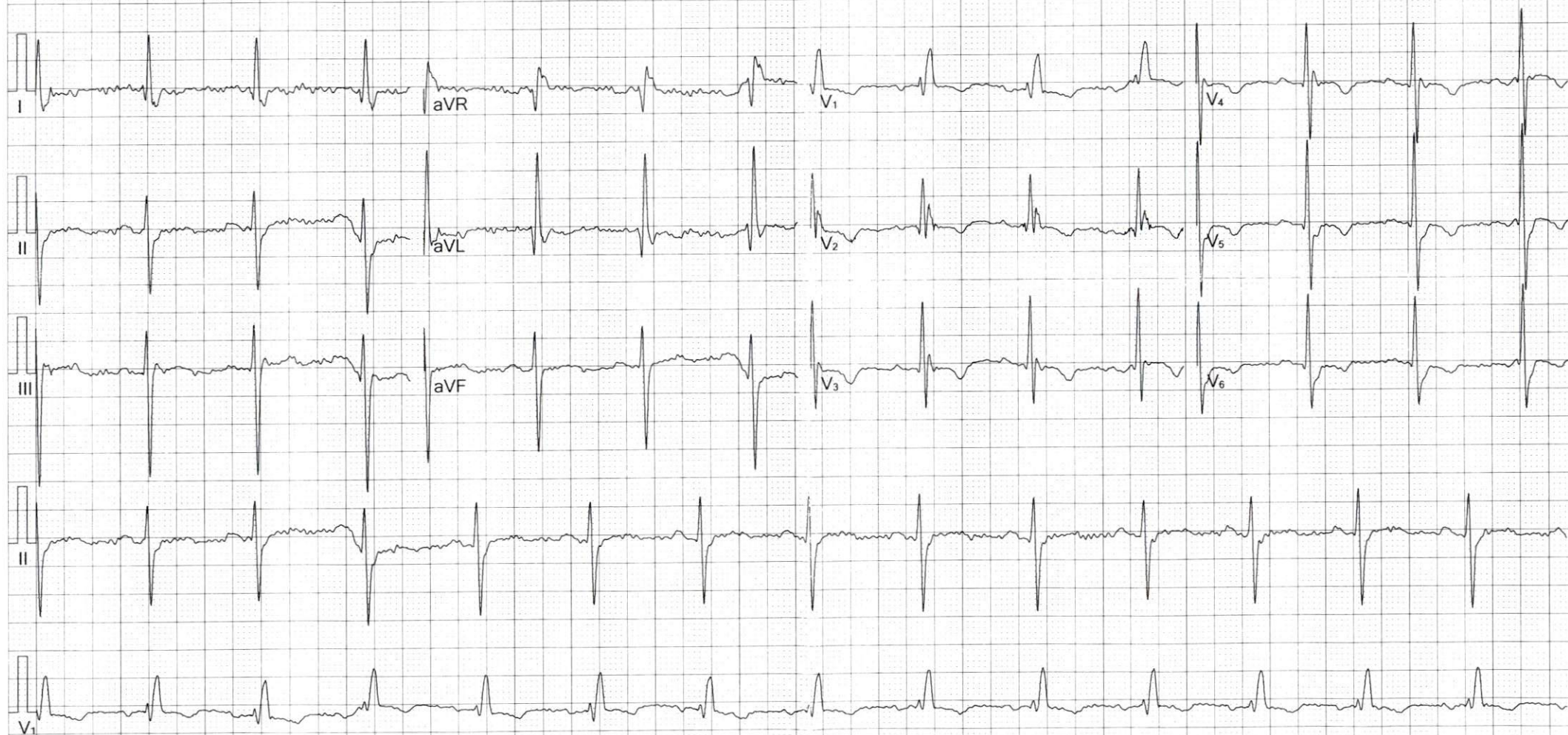
Investigation #:

154/184

Médecin Référent:Doctor A

Signature Médecin:

10mm/mV 25mm/s



Filtre Principal:On Filtre ADS:On

# ECHODOPPLER CARDIAQUE

Nom Prénom : NAJEM Ahmed

Age : 69 ans

Date : 06-01-2021

Adressé(e) par : Lui-même

**Information cliniques** : HTA.

**Conclusion : Insuffisance mitrale minime :**

- IMM ;
- bonne fonction ventriculaire gauche FE à 64%. ;
- Pressions de remplissage normal du VG ;
- Sigmoïdes fines, pas de fuite ni sténose ;
- OG non dilatée libre d'échos ;
- Cavités droites non dilatées ;

Contrôle dans 12 mois.

Dr. KHALID ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 AV MED BOUZIANE SALAMA III  
SID OTHMANE - CASABLANCA  
TEL : 022 55 11 00



