

# 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

M22- 0048226

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0399 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : ADNANE Mohamed  
 Date de naissance : 9-11-1942  
 Adresse : LOT ROFRAN: 4 B2 MEKKA Cal.Fornie  
 Ain chac Casablanca  
 Tél. : 066/0990009 Total des frais engagés : 3889,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 03/04/2023  
 Nom et prénom du malade : Admane Yed.  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique  
 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.

Le : 26/04/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/04/2023      | AS                |                       | 300,00                          |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 03/04/2023 | 3588,30               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

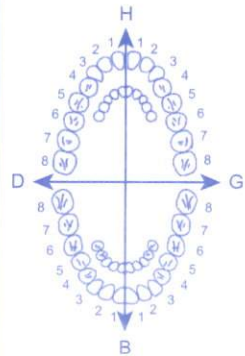
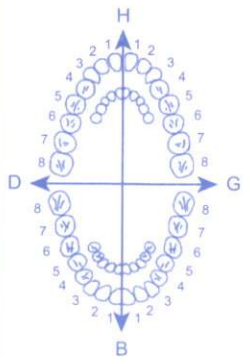
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|--|--|----------------------|-------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|--|
|   |  |                      |             | 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  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H           |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  | D  | G                    |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  | B  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  |  |                      |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  |  |                      |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |
|  |  |                      |             |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue  
Cardiologue Interventionnelle  
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort - Échographie cardiaque  
Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب  
أخصائية في أمراض القلب والشرايين  
أخصائية في قسمة أمراض القلب والشرايين  
خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد  
إعادة التأهيل القلبي

03 avril 2023

**Mr. ADNANE Mohamed**

**TRIPLIXAM 10 / 2.5 / 10mg**

1 comprimé par jour pendant 4 Mois  
LE MATIN

**CARDIOASPIRINE 100mg**

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois  
LE MIDI

**ROZAT 20mg**

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois  
LE SOIR

**PLAVIX**

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois  
LE SOIR

**CARDIX 6,25 mg**

1 comprimé par jour, pendant 4 Mois  
LE SOIR

REGIME PAUVRE EN SEL

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Raver S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH

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

PPV: 238DH00  
PER: 11/24  
LOT: L3805-1

PPV: 238DH00  
PER: 11/24  
LOT: L3805-1

PPV: 238DH00  
PER: 11/24  
LOT: L3805-1

PPV: 238DH00  
PER: 11/24  
LOT: L3805-1

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 316,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 316,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 316,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 316,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V. : 316,00 DH

Pharmaceutical Institute  
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat  
LOT: 200  
PER: JUL 2025  
PPV: 41 DH 90

PER: JUL 2025  
PPV: 41 DH 90

PPV: 41 DH 90

PER: JUL 2025  
PPV: 41 DH 90

PER: JUL 2025  
PPV: 41 DH 90

ANM n° 502/17 DMF/21 NNP  
80010988103001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

ANM n° 502/17 DMF/21 NNP  
80010988103001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

ANM n° 502/17 DMF/21 NNP  
80010988103001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

ANM n° 502/17 DMF/21 NNP  
80010988103001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca



ADNANE ,MOHAMED

ID:

DDN:

Homme ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant:

Notes:

03/04/2023 14:39:10

FC: 80 BPM  
Int PR: 184 ms  
Durée QRS: 152 ms  
QT/QTc: 402/438 ms  
Axes P-R-T: 96 -7 140  
RR Moy: 744 ms  
QTcB: 466 ms  
QTcF: 443 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Dr. Hind EL FILALI ADIB  
Cardiologue  
Cardiologue Interventionnelle  
120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss  
2ème Etage- N° 4 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 76  
ICE: 001625587000054

Signé par:

Date:

