

# 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 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)

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 056893

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 348 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> EL-HACHOUMI M'HAMED

Date de naissance : 03-08-1941

Adresse : Bd IBRAHIM SINA imm - G

CASA - HAY ESSALAM -

Tél. 06.74.82.22.05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> EL-HICHAMI AMINA Age 02-01/50

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : EL-HICHAMI AMINA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : HIA

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 : 05/06/2023

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
25-05-2023	Or + 10%		30000	Abdelhakim Naji

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L. SOURCES Dr. El Mouloum MOUNA 6-7 rue ALI MOUMEN CH. de la Méditerranée 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.09	25/05/23	1684,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

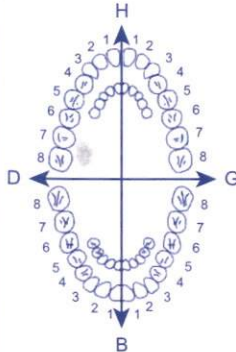
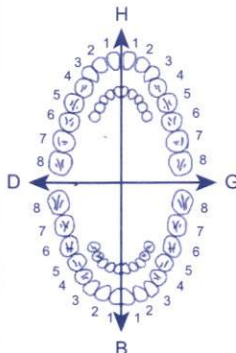
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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>H</td> <td></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></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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D		G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

# Docteur Abdelmajid NAJI

Diplômé de l'Université de Bordeaux (France)  
Spécialité de Maladies du Cœur et des Vaisseaux  
Hypertension Artérielle  
Explorations Cardio - Vasculaires  
(Echocardiographie doppler  
Epreuve d'Effort-Holter)



## الدكتور عبد المجيد ناجي

خريج جامعة بوردو (فرنسا)  
إختصاصي في أمراض القلب والشرابين  
والضغط الدموي  
فحوصات القلب والأوعية الدموية  
(الصدى الألي - الهولتر)

25.05.2023

Dr ELHACHANE ARHANA

151.6 - x4

606.4

Suliat 80/5

183.4

La nor 10

603.9

Daflon 1000

79.9 Patchvein creme

222.0 Curaxflex

1684.7

139.0 + 83.0

15 farjun

LOT : 230053  
EXP : 01/2026  
PPV : 57.80DH

LOT : 225078  
EXP : 01/2024  
PPV : 79.90DH

15 kif

LOT : 220071  
EXP : 10/25  
PPV : 79.90DH

Dr Abdelmajid NAJI

CARDIOLOGUE

Résidence Al Mawlid 4, 1<sup>er</sup> étage - Angle Abdelmoumen - Anwal - 20340 Casablanca  
Tél: 0522 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48

pour 3 mois

06 63 09 15 48 : النفاذ - 05 22 25 87 08 : الهاتف - 20340 - الدار البيضاء - الهاتف

Résidence Al Mawlid IV N° B 15 - 1<sup>er</sup> étage - Angle Abdelmoumen, Anwal - 20340 Casablanca

Tél.: 05 22 25 87 08 - GSM: 06 63 09 15 48 - E-mail : drnaji55@gmail.com



11  
151100  
x3  
Ged

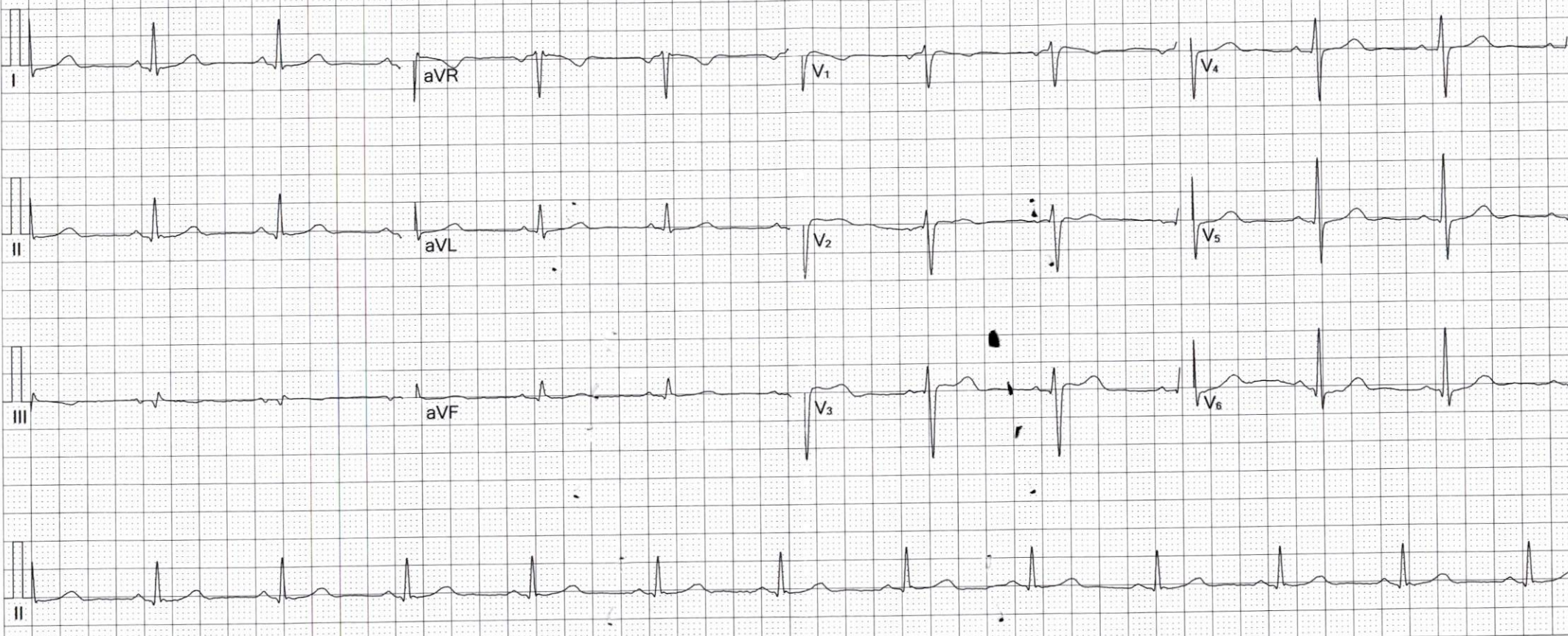


# ECG

Dr NAJI Abdelmajid

Angle Abdelmoumen - Anoual - Résidence Al Mawlid 4 N° B15 - 20340 CASABLANCA - Tél :+212 522 25 87 08  
NOM:EL HICHAMI AMINA ID : Genre : Age :73 DOB :01-01-1950 Date Test:25-05-2023 15:19  
Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr NAJI Abdelmajid

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval. PQ :	134 ms
Durée ECG :	22 s	Interval. QT :	406 ms
FC :	68 bpm	Interval. QTc :	432 ms
Durée P :	81 ms	Axe P :	23.3°
Durée QRS :	84 ms	Axe QRS :	28.7°
Durée T :	292 ms	Axe T :	20.4°

Suggestion :

**Dr Abdelmajid NAJI**  
**CARDIOLOGUE**  
Résidence Al Mawlid 4, N° B15  
Angle Abdelmoumen - Anoual, Casa  
Tél: 0 522 25 87 08 Gsm: 0663 09 15 48

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On