

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-003574

☐ 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

**DR. KHALID ADNAN**  
CARDIOLOGUE  
254 AV MED BOUZZINE SALAMA III  
SIDI OTHMANE - CASABLANCA  
TEL : 07 55 11 08  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : 12.08.2023  
Nom et prénom du malade : CHERATE NAJAT Age : 64 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cardiopathie  
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.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 23 AOUT 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
12/08/23	2. F. 9		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/08/23	724.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

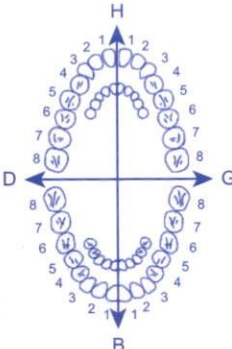
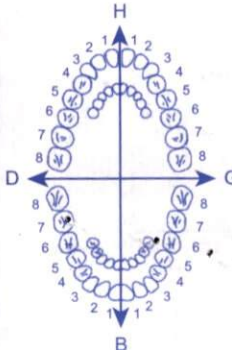
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412 21433552  00000000 00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  00000000 00000000  35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  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. ADNAN Khalid  
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670

Tel.: 05 22 55 41 08  
Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp  
Fax: 05 22 55 41 12  
Email: kha\_adnan@yahoo.fr  
00 0 00099 2

le 12/08/2023

Mme Najat CHERATE

63 ans

1) ASKARDIL 160 MG CP

Prendre 1 comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois

2) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

3) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprimés

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

3 spécialité(s) prescrite(s)

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 23DH80  
EXP 04/2025  
LOT 20006 1

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 23DH80  
EXP 04/2024  
LOT 10005 3

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 23DH80  
EXP 12/2023  
LOT 18006 1

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 167,00 DH  
6 118001 183111

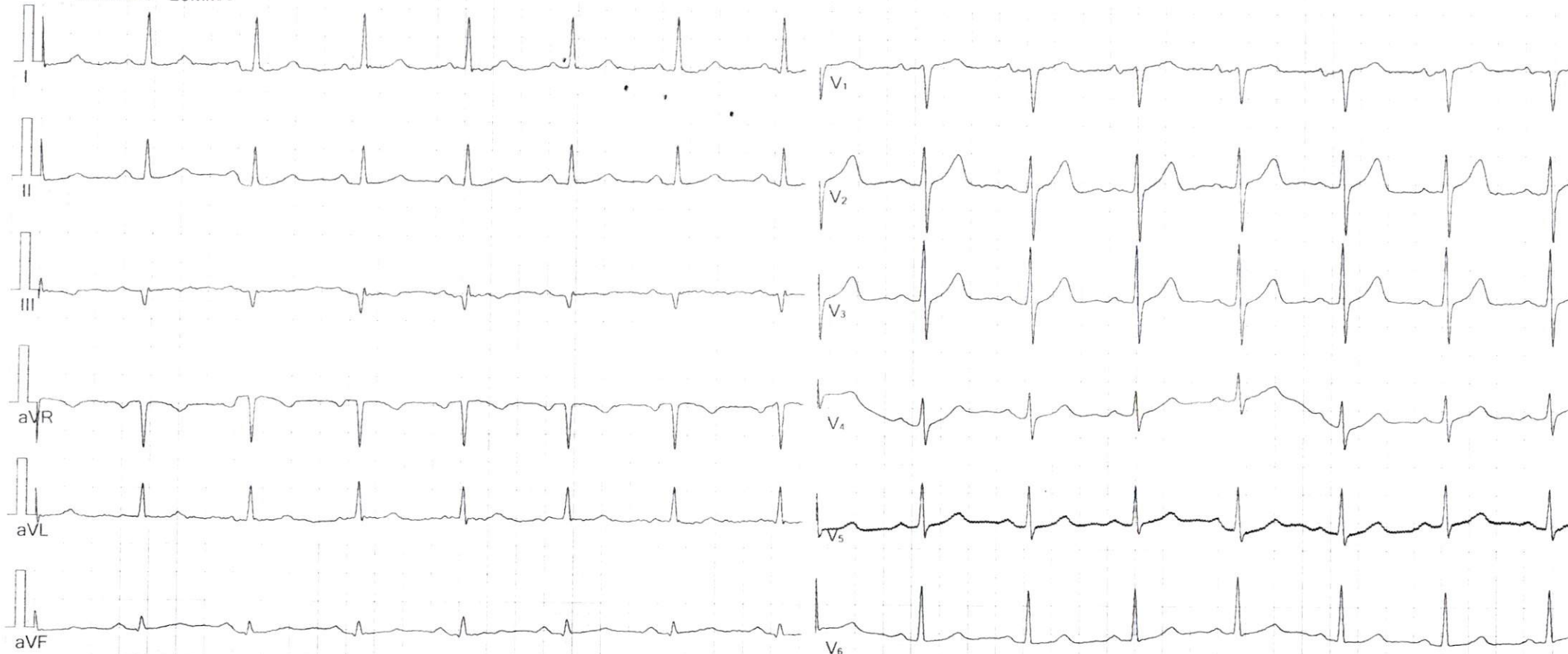
Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 167,00 DH  
6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V : 167,00 DH  
6 118001 183111

Dr. ADNAN Khalid



10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval. PQ:	172 ms
Durée ECG:	14 s	Interval. QT :	365 ms
FC :	80 bpm	Interval. QTc :	421 ms
Durée P :	105 ms	Axe P :	62.9°
Durée QRS :	73 ms	Axe QRS :	15.6°
Durée T :	262 ms	Axe T :	28.2°

Suggestion :  
Total Batts 19, Batts Normaux 19,\*\*\* ECG Normal,

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On