

# 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



## Déclaration de Maladie

M23-003574

Optique

17/08/19

Autres

Maladie

Dentaire

### 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 CB  
CASABLANCA  
 Tél. : 06 32 09 87 67 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**DR. KHALID ADNAN**  
**CARDIOLOGUE**  
 254 AV MED BENZINE SALAMA III  
 SIDI OTHMANE - CASABLANCA  
 TEL : 0522 55 11 08

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

Cardioartrose

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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) :

Najem



#### **BELEVE 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
12/08/2019	consultation	1	300.00	DR. KHALID ADNANE CARDIOLOGUE KHALED BOUZZAR - HAMA III HOUSSAYNE - CASABLANCA 022 55 41 08

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	724.50 12/10/2013	PIARMACIAL AHRAM 106, Bd Maktouf El Houda Cite Djemaa Casablanca - TAD

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

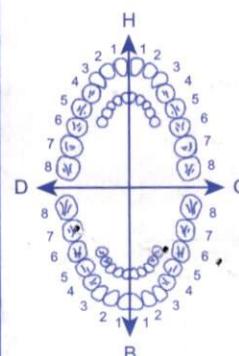
### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



#### (Création, remont, adjonction)

fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

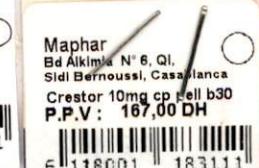
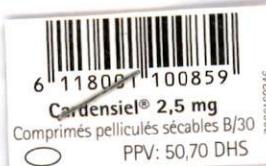
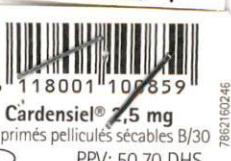
<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	<b>G</b>																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		

**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) prescrit(s)

Dr. ADNAN Khalid

# ECG

Dr ADNAN khalid

NOM: CHERATE NAJAT

ID :

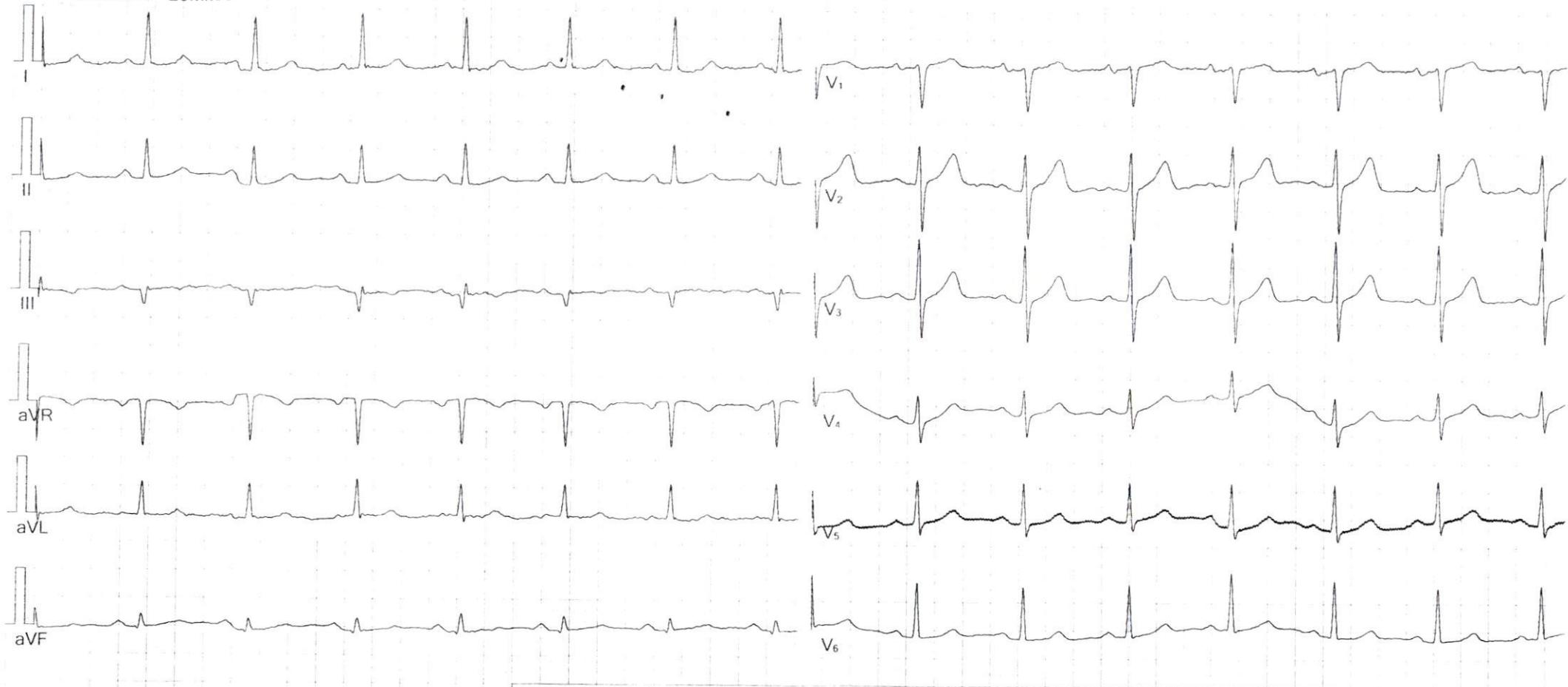
Genre : Age : 61

DOB : 01-01-1959

Date Test: 12-08-2023 13:33

Case # . Investigation #: Médecin Référent: Doctor A

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval. PQ: 172 ms

Suggestion :

Durée ECG: 14 s Interval.QT : 365 ms

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

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°

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

Signature Médecin: