

# 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
- 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- 0051579

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2109 Société : Retraite  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAOUY Mohamed  
 Date de naissance : 1948  
 Adresse : 538 Yehdi Ben Barka Bourgogne Casablanca  
 Tél. : 0661450376 Total des frais engagés : 327540 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur KADI ANIS**  
**CARDIOLOGUE**  
Center Rue Arrachid Med Etg 7 N°2  
(Angle AV des FAR) - CASABLANCA 20110  
Tél: 05 22 37 53 48

Date de consultation : 20/10/23  
 Nom et prénom du malade : NAOUY MOHAMED Age : 75 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : Casablanca Le : 20/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20/12/23	CCG		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L. 48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casa INPE 092025204	20/12/2023	PHARMACIE EL MANAR CASA S.A.R.L. 48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casa INPE 092025204 T= 2975,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

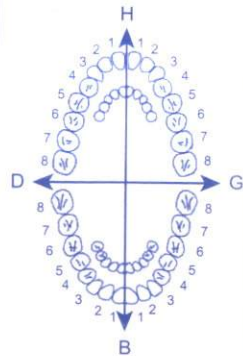
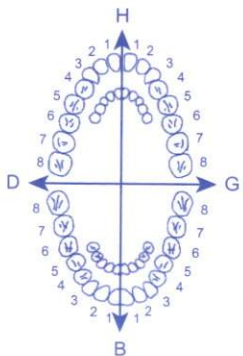
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) 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 Kadi Anis CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de  
L'université d'état Lomonossov de Moscou

Ex-interne du Centre  
Cardiovasculaire

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH

6 118001 031733

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH

6 118001 031733

UPERIO® 200 mg  
Comprimé pelliculé.  
Boîte de 56.  
PPV : 810 DH

6 118001 031733

binet d'Explorations  
Cardio-Vasculaire

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L.  
48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casa  
INPE 092025204 20/12/2023

MR NAOUY MOHAMED

• Cardioaspirine 100 mg

1 comprimé, matin, après le petit déjeuner, pendant 3 mois

• Uperio 200 mg

1 comprimé, matin, soir, pendant 3 mois (x4, boîtes)

• Cardensiel 2,5 mg

1 comprimé, matin, pendant 3 mois

• Tahor 20 mg

1 comprimé, soir, pendant 3 mois

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L.  
48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casa  
INPE 092025204

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L.  
48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casa  
INPE 092025204

TAHOR 20 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS

6 118000 250807

TAHOR 20 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS

6 118000 250807

EXP: 103,40 P.P.V.

LOT N°: HK 386

EXP: 103,40 P.P.V.

LOT N°: HK 386

EXP: 103,40 P.P.V.

LOT N°: HK 386

الدكتور قاضي أنيس  
أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بجامعة  
موسكو الحكومية لومونسوف  
خريج مركز أبحاث القلب  
والأوعية الدموية باكولف

الدار البيضاء في

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

6 118001 090280

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

6 118001 090280

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

6 118001 090280

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

6 118001 100859

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

41 57 72 @cardiokad@gmail.com

IMAN CENTER Rue Arrachid Mohamed, Étage 7<sup>ème</sup>, N°2 (Angle Av. des Forces Armées Royale)  
CASABLANCA 20110 الدار البيضاء 7، رقم 2، الدار البيضاء  
مركز إيمان زنقة الرشيد محمد (زاوية شارع الجيش الملكي) الطابق 7، رقم 2، الدار البيضاء



Nom: Naouy  
Prénom: Mohamed  
ID: 0100877  
DDN: 01-Jan-1948  
Age: 75ans  
Sex: M  
Taille: 171cm PAS: 146mmHg  
Poids: 84kg PAD: 78mmHg

20-Déc-2023 13:45:30

Fréq.Card: 54 BPM  
Int PR: 223 ms  
Dur.QRS: 164 ms  
QT/QTc: 447 / 434 ms  
Axes P-R-T: 75 -76 -32  
Moy RR: 1095 ms  
QTcB: 427 ms  
QTcF: 433 ms

BRADYCARDIE SINUSALE AVEC BAV DU 1ER DEGRE  
DEVIATION AXIALE GAUCHE IMPORTANTE [AXE QRS < -30]  
BLOC DE BRANCHE DROIT COMPLET [QRS > +120ms, AXE QRS HYPERDROIT, ONDE S A +40ms EN  
D1/V4/V5/V6]  
ECG ANORMAL

Docteur KADI ANI  
CARDIOLOGUE  
Iman Center Rue Amr el-Moukadam Med Etg 7<sup>me</sup>  
(Angle Av des Eaux) - CASABLANCA 20110



117320581988

Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 14739 25mm/s 10mm/mV 0.05-150 Hz W