

# 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

M23-0018058

198397

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5573 Société : 24 M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Seuhaj Nadié  
 Date de naissance : 20.08.61  
 Adresse : 22 Rue la fontaine Des Sca. de la Cas. 20000  
 Tél. : 0642405037 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد اللطيف الخصاصي  
**Dr. LAKHSSASI Abdellatif**  
 Cardiologue  
 33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
 Casablanca - Tél : 05 22 04 06 06  
 N°E : 88189184

Date de consultation : 07.02.2024

Nom et prénom du malade : Seuhaj Nadié Age :

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

Nature de la maladie : H.T.A.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

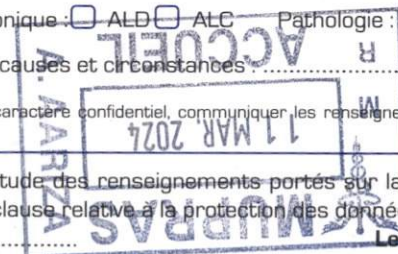
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : /

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
07/02/2024	OR + EL	-	350,10	<div> <div> </div> <div> </div> </div>
20/24				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div> </div> <div> </div> </div>	7/02/2024	264,60

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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.

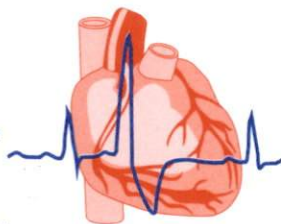
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></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																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Abdellatif LAKHSSASSI

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
Membre de la Société Française  
de Cardiologie  
Ancien Chef de Service de Cardiologie  
des Polycliniques de la Sécurité Sociale



## الدكتور عبد اللطيف الخصاصي

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
خريج كلية الطب بمونبولى  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض القلب  
رئيس قسم أمراض القلب سابقا  
بمصحات الضمان الإجتماعي

Casablanca, le 07.02.2024, الدار البيضاء في

Seuhoji MA 822

Maphar  
Bd Alklima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V: 167,00 DH



167,00

Custm 10



118001 183111  
118001 183111  
118001 183111

5 hrs

31 A Ratus 50

63,80  
12

294,60

PHARMACIE EL ANADEL  
T. EL ARAKI  
Kaddour

63,80

LOT: 23.00.12  
PER: 09/2025  
PPV: 63,80 DH

63,80

LOT: 23.00.12  
PER: 09/2025  
PPV: 63,80 DH

الدكتور عبد اللطيف الخصاصي  
Dr. LAKHSSASSI Abdellatif  
Cardiologue  
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Casablanca - Tél.: 0522 94 06 06  
INPE: 091091041



SCN 14 f. 01/10/24

الدكتور عبد الطيف الخصاصي  
Dr. LAKHSSASI Abdellatif  
Cardiologue  
33, Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Casablanca - Tél.: 0522 94 06 06  
NPE : 091091841

FC 61/min  
Axes :  
P 54 °  
QRS 20 °  
T 36 °  
Intervalles  
RR 985 ms  
P 124 ms  
PR 156 ms  
QRS 88 ms  
QT 404 ms  
QTC 408 ms  
(Bazett)  
P (II) 0.13 mV  
S (V1) -0.65 mV  
R (V5) 2.14 mV  
Sokol. 2.79 mV

