

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0019432

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 132.6 Société : 186468

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMINE Naïma (Veuve CHAKATI)

Date de naissance : 28-08-51

Adresse : 130 Bd Zerkouni CASA

Tél. : 0662366082 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : AMINE Naïma 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 : CASA Le : 18/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
13/08/2022	CPH46		309,00	
15-08-2022	celto cœur		1000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/22	49,60
	13/08/22	119,10

# ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

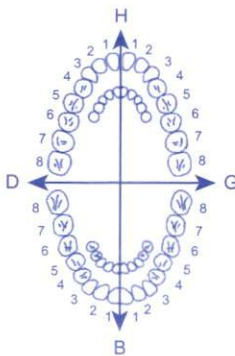
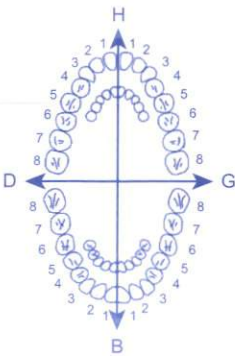
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) 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

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Madame AMINE Naima**

Casablanca le 13/08/2022



1- ATACAND 4MG:  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET



**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83**



Docteur EL Makhlof Ali

Professeur Agrégé

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Echo - Doppler / Holter Tensionnel

Holter E.C.G.

الدكتور المخلف علي

أستاذ مبرز

أمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 16/8/22 في الدار البيضاء،

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22C01  
EXP: 03/2025



Mr Amin Nasser

49,60x1

①

cur Jht

1 A buchele / mrs x

4 ms

4 A in bet

49,60

Dr EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél : 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

Pharmacie  
Argane  
199, bd. Bourdeaux - Casablanca  
Tél : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 20 14 15

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5, rue Mohamed Abdou**

**CASABLANCA**

**Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89**

**Fax : 0522.22.62.97**

**Casablanca, Le 15/08/2022**

**Mme AMINE Naima**

**ECHO DOPPLER CARDIAQUE**

Dim.vgtd= 54

Dim.vgts= 38

%racc.= 30

Ep.ppvgt= 10

Siv td= 7

Dim.racine ao= 29

Dim.og.= 31

Ouv.sigm.ao= 16

**Commentaires:**

Oreillette gauche normale

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Fraction d'éjection Simpson =65%

**Mitrale:**

Insuffisance mitrale minime

Le rapport E/A <1 avec l'onde E =0.40m/s

**Aorte:**

Valves aortiques remaniées

Le gradient moyen 7mmHg

La Vmax = 0.85m/s

**Tricuspid:**

Insuffisance tricuspide grade 1.

La pression artérielle pulmonaire systolique est à 30 mmHg.

**Conclusion:**

**Insuffisance mitrale minime**

**Valves aortiques remaniées**

**Oreillette gauche et droite normales**

**Ventricule gauche de taille normale.**

**Fonction ventriculaire gauche normale.**

**Fraction d'éjection Simpson =65%**

**Pression artérielle pulmonaire normale.**

**N.B : J'ai conseillé à Mme AMINE de prendre AMOXIL 3g per os une heure avant les soins dentaires sauf allergie**

  
**Dr. EL MAKHLOUF**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél. 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 05 22 29 81 55/59 ou 05 22 47 26 89

Fax : 05 22 22 62 97

Dom : 05 22 79 85 32

15/08/2022

NOTE D'HONORAIRE

Madame Naima AMINE .

Echodoppler cardiaque.....: 1000,00 DHS

La présente facture est arrêtée à la somme de 1000,00 DHS

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5 Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89