

# 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.



1 29752

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012485

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : AMJOUEL SAÏD Date de naissance : 01/01/1943  
 Adresse : 84 A Résidence Des Roses APPOT Beau Sejour Casablanca  
 Tél : 0613214100/0522394819 Total des frais engagés : 1984,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 07 / 2022

Nom et prénom du malade : M. Amjoul Saïd Age : 78 ans

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

Nature de la maladie : H - T A + Dyslipidémie

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 : 15 / 07 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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
27.07.2022		3	300 000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/07/22

1684,90

INPE : 092043835

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# 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

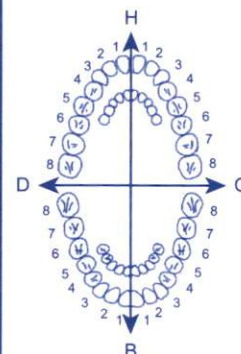
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

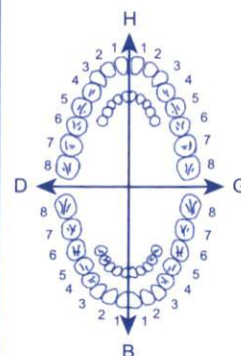
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOU**  
**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**

**Casablanca, le 27 Juillet 2022**

Mr Said AMJOUEL



273,10 x 4

1 - EXFORGE 10mg/160  
 1 PAR JOUR SANS ARRET

37,80 x 3

2 - SECTRAL 200 mg : 1 / 2 CP PAR JOUR  
 TTT A NE PAS ARRTER POUR 4 MOIS

114,10 x 4

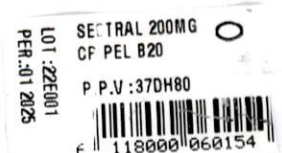
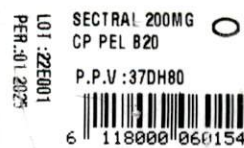
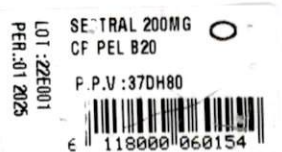
3 - CRESTOR 5 mg :  
 1 CP LE SOIR SANS ARRET

4 - LYSANXIA : 1/2 CP LE SOIR X 8 JOURS

23,10 x 1

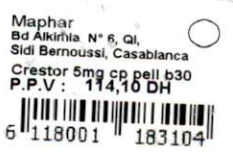
1684,90

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
**Professeur Agrégé Cardiologie**  
**5, Rue Med. Abdouh - Casa**



**Pharmacie Moudou**  
**59, Bd. Berrechid Ain Chab**  
**Casa - Tél: 0522 50 00 00**

UT.AV : 03 2025  
 LOT N° : F Y 9324  
 P.P.V : 23,10



**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**



Nom: SAID AMJOUEL  
Numéro: AMJOUEL SAID  
M ou Mme: Masculin  
Né le: (-)

Enregistré: 27/07/2022 13:11:53  
Enregistré par:  
Médecin de référence  
Médecin prescripteur:  
Médecin traitant:  
Endroit:  
Commentaire:

INTERPRETATION NON CONFIRMÉE

P / PQ: 132 ms / 185 ms  
QRS: 100 ms  
QT/QTc/QTd: 353 ms / 392 ms / -  
Axe P/QRS/T: 45° / 52° / 30°  
Rythme cardiaq 82 bpm

TA : 135/72 → 130/73  
P : 85 kg

