

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0045903

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0701 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SARANE Abdellah  
 Date de naissance : 1/1/47  
 Adresse : Résidence Mohak 3 n°1 ville verte  
 Tél. : 066123749 Total des frais engagés : 3750 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/09/2021  
 Nom et prénom du malade : M. SARANE  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : H.T.A.  
 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 : 13/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
12-09-22	Examen	300	900	Dr. EL MAHLOUE Ali

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Joyaux de Boussouf Rég. les Joyaux de Boussouf Imm. C. N° 1 Ville Verte, Casablanca Tél.: 0520 61 61 71 - Gsm: 0693 54 28 41 I.C.E.: 002015451000074	12-09-22	1550,00

# 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 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

**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

**Monsieur BADRANE ABDELHAK**

Casablanca le 12/09/2022

1- EXFORGE 5/80 MG:  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

2- XEDILOL 25 MG:  
1/2 CP PAR JOUR SANS ARRET

**EXFORGE**  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

PPV : 195,00 DH

**EXFORGE**  
5mg/80mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

PPV : 195,00 DH

**5mg/80mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH

**5mg/80mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 195,00 DH



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

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

LOT 220595 /  
EXP 02 2026  
PPV 95.00 DH  
EXP 02 2026  
PPV 95.00 DH

95,00  
95,00

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE**  
**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**



**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**

**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, Le 12/09/2022**

**Mr BADRANE Abdelhak**

**ECHO DOPPLER CARDIAQUE**

Dim.vgtd= 53

Dim.vgts= 37

%racc.= 29

Ep.ppvgt= 10

Siv td= 7

Dim.racine ao= 35

Dim.og.= 29

Ouv.sigm.ao= 22

**Commentaires:**

Oreillette gauche normale.

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Fraction d'éjection est à 60%.

**Mitrale:**

Micro fuite mitrale.

Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E = 0.52m/s.

**Tricuspidé :**

Insuffisance tricuspide grade 1.

La PAP calculée à partir de l'IT est à 30 mmHg.

**Aorte:**

Valves aortiques remaniées.

Fuite aortique grade 1.

La Vmax = 1.10m/s.

**Conclusion:**

Micro fuite mitrale.

Fuite aortique grade 1.

Valves aortiques remaniées.

Oreillette gauche et droite normales

Ventricule gauche de taille normale.

Fonction ventriculaire gauche normale.

Fraction d'éjection est à 60%.

Pression artérielle pulmonaire normale.

**N.B : En cas de soins dentaire, J'ai conseillé à Mr BADRANE Abdelhak de prendre de l'AMOXIL 3 g per os une heure avant les soins**

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agreé Cardiologie  
5, Rue Mohamed Abdou - 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

#### NOTE D'HONORAIRE

Mr ABDELHAK BADRANE .

Le 12/09/2022

Echodoppler cardiaque.....: 900,00 DHS

La présente facture est arrêtée à la somme de 900,00 DHS

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

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

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

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

091057851

Certifie que Mlle, Mme, M. : M- BAORANE Abdouhak

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☐ A vie

de longue durée et sans interruption

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Hypertension artérielle

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

FORGES/80 + ZODILOL

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 01/08/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

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

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



Nom: BADRANE ABDELHAK  
Numéro: BADRANE ABDELHAK  
M ou Mme: Masculin  
Né le: 01/01/1947 75 années

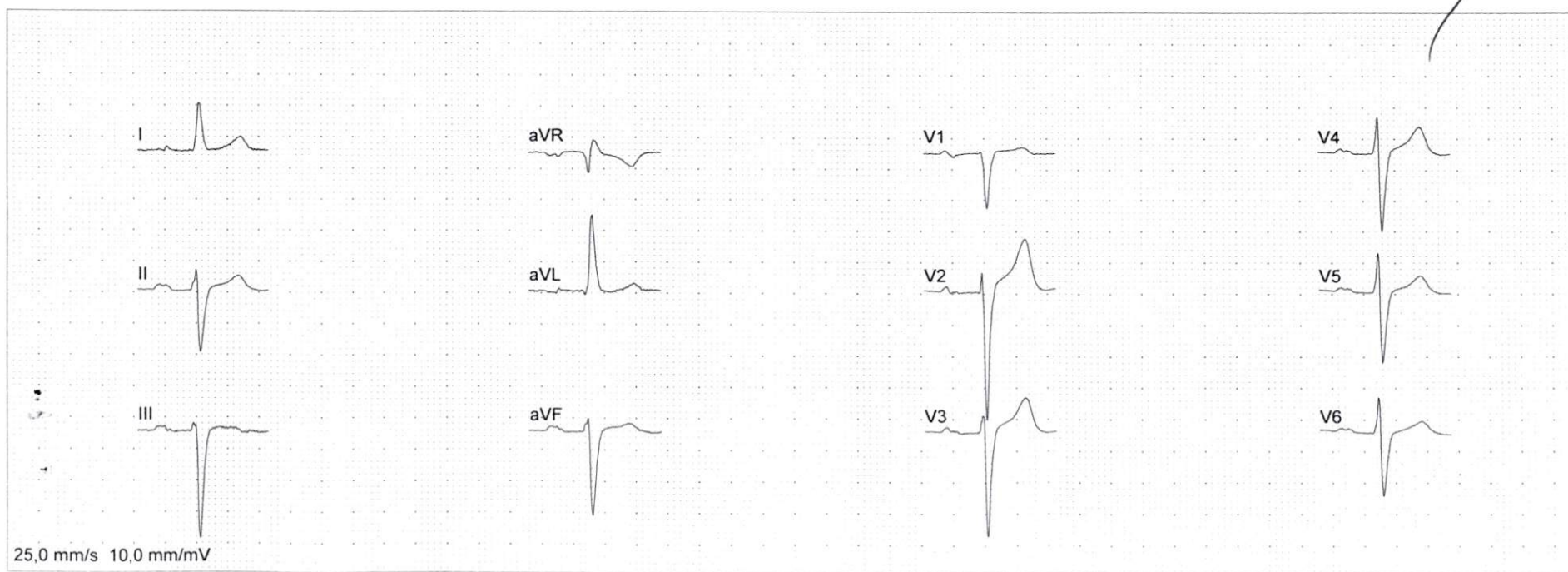
Enregistré: 12/09/2022 11:01:45  
Enregistré par:  
Médecin de référence  
Médecin prescripteur :  
Médecin traitant :  
Endroit:  
Commentaire:

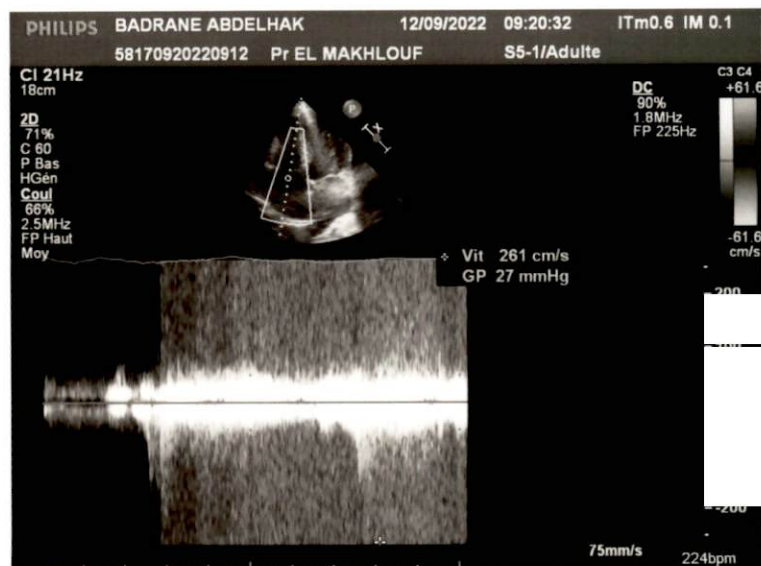
INTERPRETATION NON CONFIRMÉE

P / PQ: 130 ms / 243 ms  
QRS : 120 ms  
QT/QTc/QTd: 392 ms / 396 ms / -  
Axe P/QRS/T: 65° / -59° / 39°  
Rythme cardiaq 62 bpm

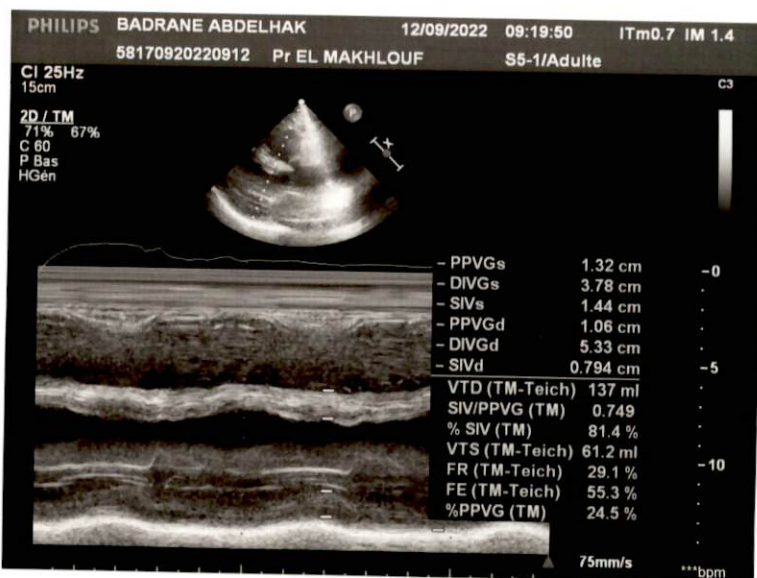
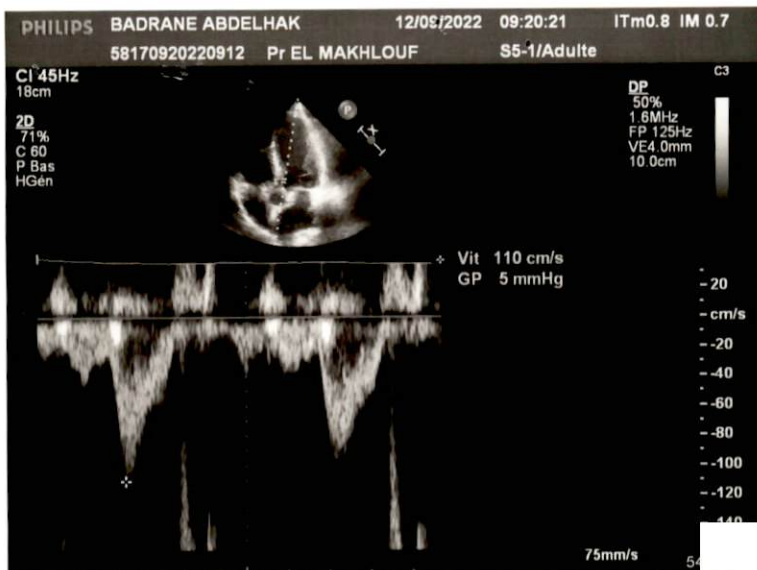
B 127167

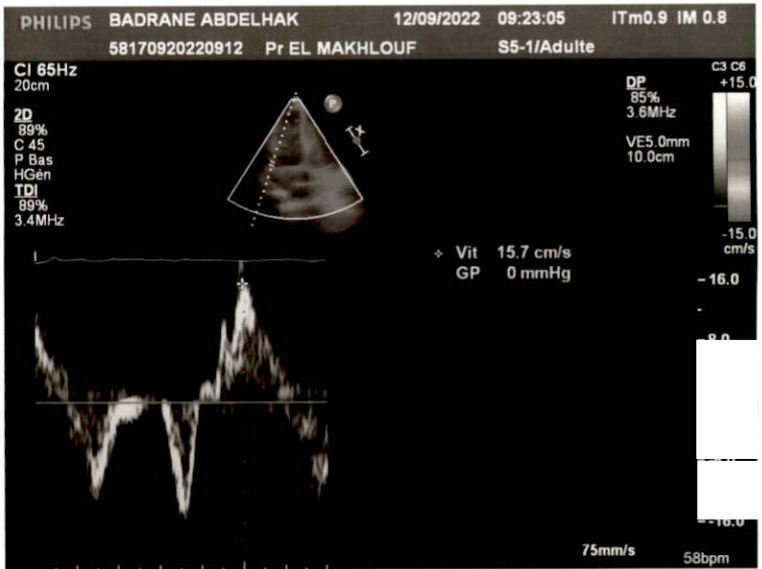
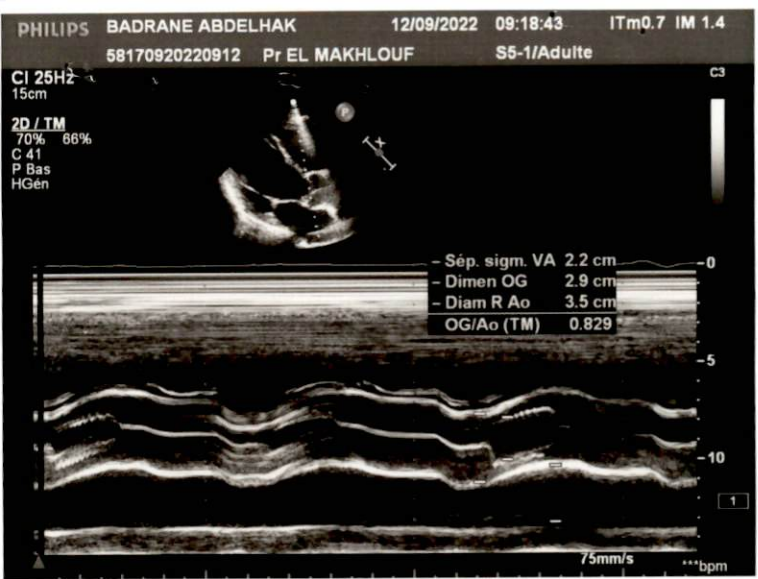
P 743











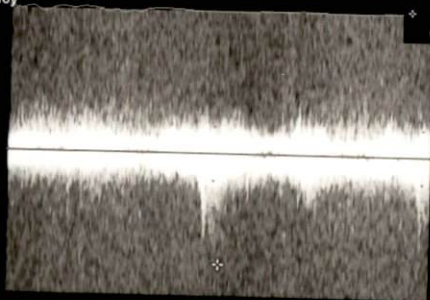




C 60  
P Bas  
HGén  
Coul  
66%  
2.5MHz  
FP Haut  
Moy



✦ Vit 206 cm/s  
GP 17 mmHg



-61.6  
cm/s

-200

-100

-cm/s

-100

-200

75mm/s

\*\*\*bpm