

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0022398

143326

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3284

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJEM AHMED

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : HAY LAALOU Rue 16 no. 8 C.D

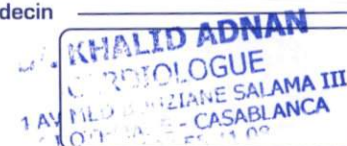
CASABLANCA

Tél. : 0632098767

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/01/2023

Nom et prénom du malade : NAJEM AHMED

Age : 71 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie : HTA

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 : / /

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
22/01/2013	cs + E ce		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2013	27000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/01/2013	Echec cœur	1000.00

# 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 :

Veillez 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha\_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

le 02/01/2023

M. Ahmed NAJEM

71 ans

\* VIGNETTE

NEBILET® 5mg  
28 comprimés O  
PPV 87DH50

1) NEBILET Comprime à 5 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

2) EXTRAMAG CP

Prendre 1 comprimé le matin

1 boîte

2 spécialité(s) prescrite(s)

Date de fabrication :  
A consommer de  
préférence avant fin :  
N° de lot :  
PPC = 95,00 DHS

Dr. ADNAN Khalid

Dr. Khalid ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 Av Mohamed Bouziane Salam IV  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél : 05 22 55 41 08



**Docteur Khalid ADNAN**

Cardiologue

Spécialiste des Maladies Cardio-Vasculaires

Echodoppler Cardio-Vasculaire - Holter



**الدكتور خالد عدنان**

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

و إرتفاع الضغط و الدورة الدموية

البحث بالصدى و الهولتير

Casablanca, le : 02/07/2023 في الدار البيضاء

## Note d'honoraire

M<sup>r</sup>. M<sup>me</sup> : 10 NAJEM AHMED

**Le Docteur ADNAN KHALID**

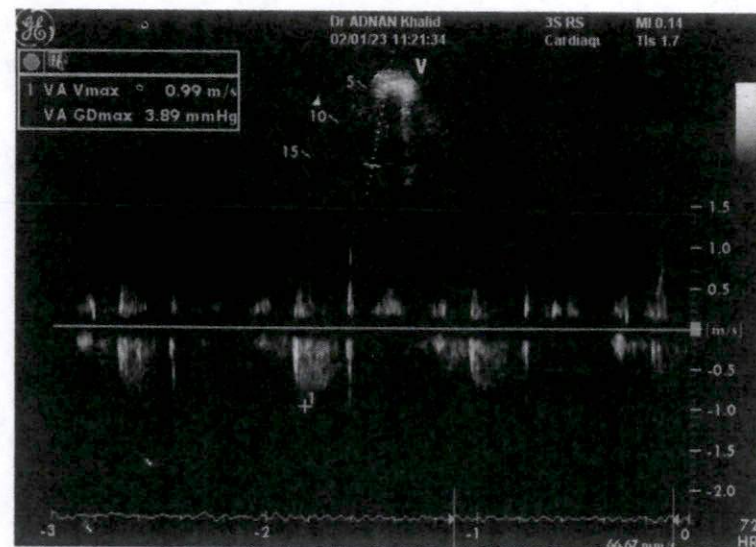
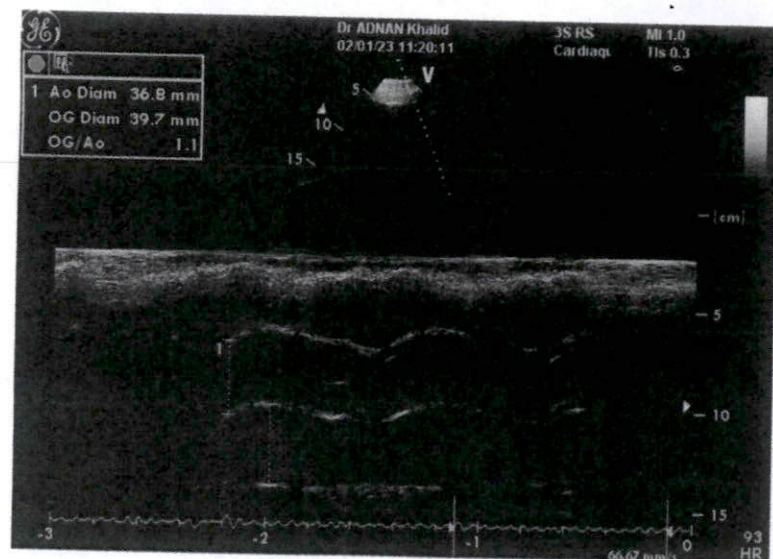
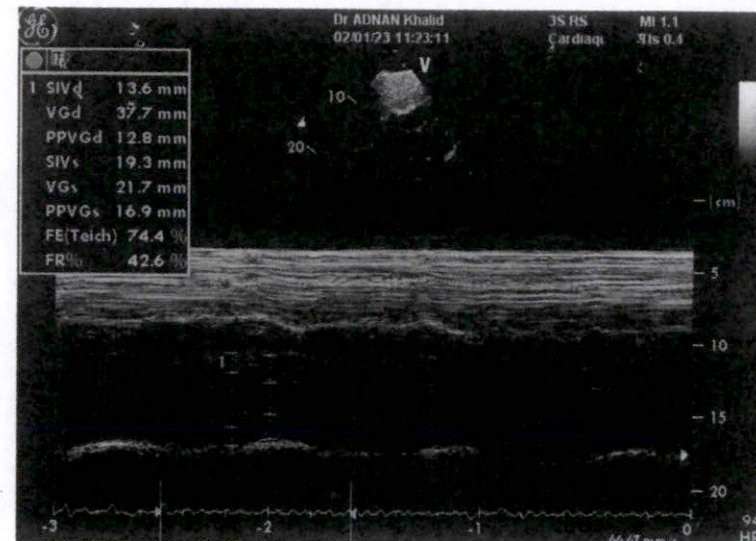
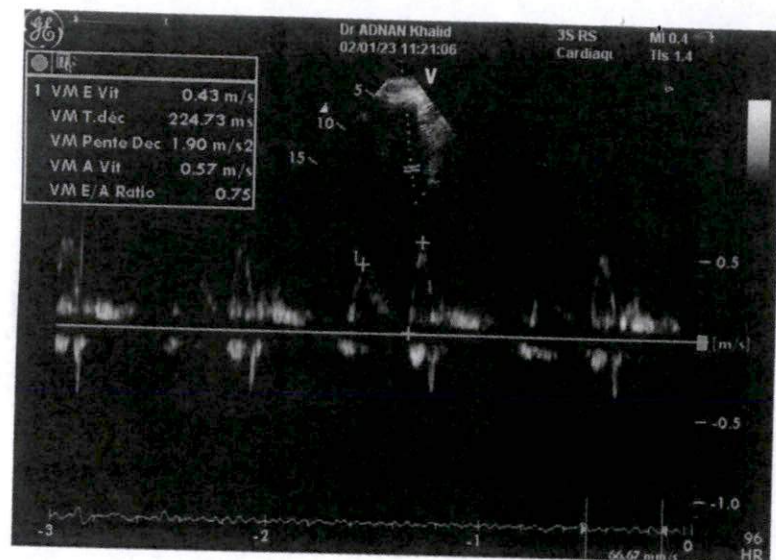
Vous remercie de votre confiance et vous adresse la note d'honoraire de : 1300.00 DK

Correspondant à :

- Consultation
- ECG + Interpretation
- Echodoppler cardiaque
- Echodoppler de TSA
- Echodoppler arteriel - veineux
- Holter TA
- Holter ECG
- Epreuve d'effort
- Autre :

**KHALID ADNAN**  
CARDIOLOGUE  
254 AV. MED BOUZIANE SALAMA III  
SIDI OTHMAN - CASABLANCA  
TEL : 022 55 41 08

254، شارع محمد بوزيان الطابق الأول السلامة III سيدي عثمان الدار البيضاء  
254, Av. Mohamed Bouziane 1er étage Salama III Sidi Othman Casablanca  
GSM : 06 66 25 12 44 : المحمول - Tél. : 05.22.55.41.08/12 : الهاتف





# ECG

NOM: NAJEM AHMED

ID :

Genre :

Age : 69 7/1

DOB : 01-01-1952

Date Test: 02-01-2023 10:37

Dr ADNAN Khalid

HR: 77

Case #:

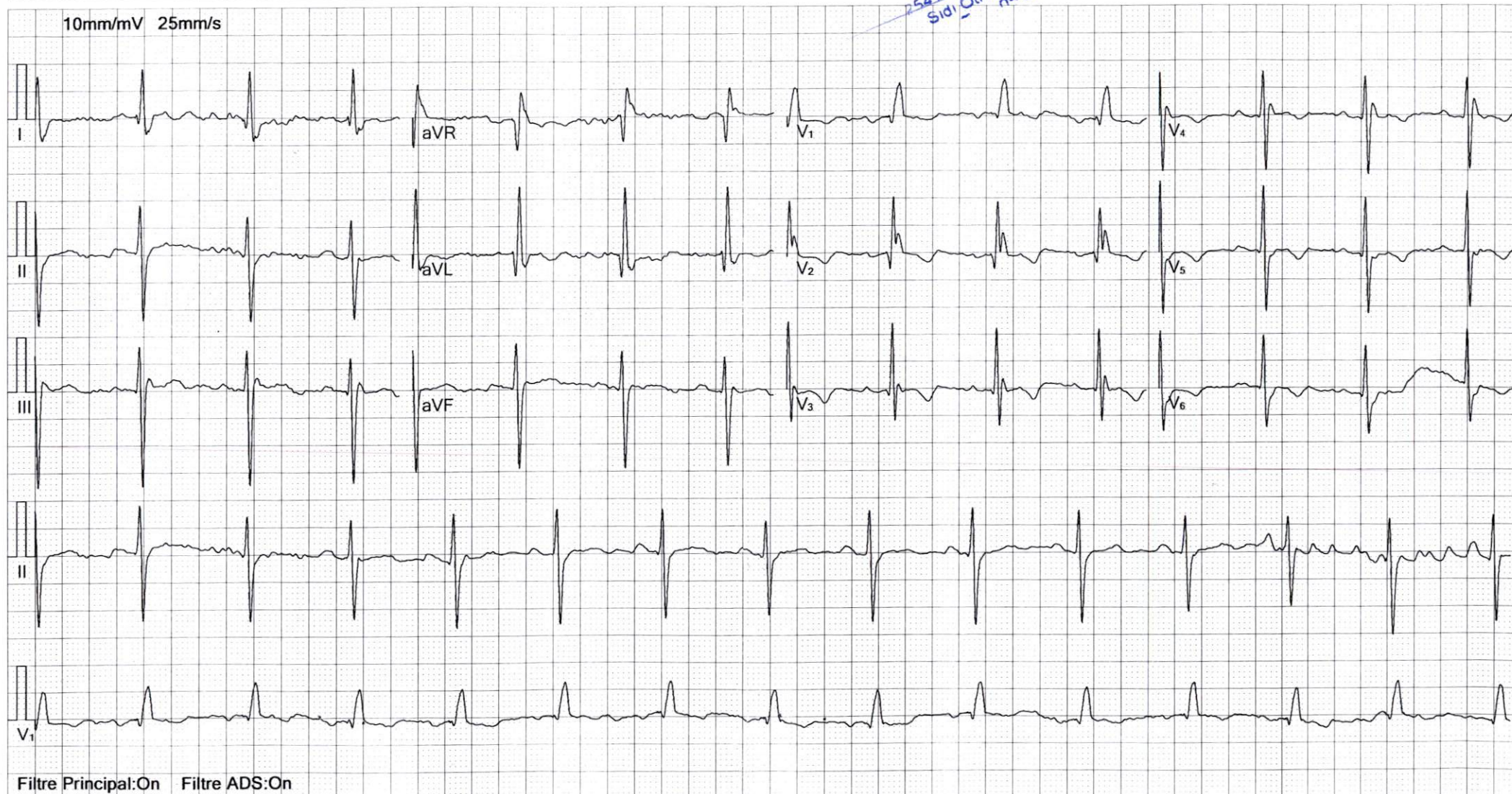
Investigation #:

Médecin Référent: Doctor A

Suggestion :

HABAG + RBBB  
HUG  
Dr Khalid ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 AV Med Bouziane Salam IV  
Sidi Othmane - Casablanca  
NF 22 55 41 08

Signature Médecin:



# ECHODOPPLER CARDIAQUE

Nom, Prénom : NAJEM Ahmed

Age : 71 ans

Date : 02-01-2023

Adressé(e) par : Lui-même.

Information cliniques : Precordialgies.

## Conclusion : Echographie limite :

- Trouble de la relaxation VG ;
- Fonction VG conservée FE à 66% ;
- IM minime ;
- Pas de fuite ni sténose aortique ;
- OG de taille normale libre d'échos, TAPSE à 22 mm ;
- Les cavités droites ne sont pas dilatées, pas d'HTAP.

**Dr Khalid ADNAN**  
CARDIOLOGUE  
254 AV Med Bouziane Salam IV  
Sidi Othmane - Casablanca  
- n° 22 55 41 08