

# 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- 0020896

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5323 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ABoudou Rachid

Date de naissance : 19/08/1994

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ghislaine CHERKAoui  
Généraliste  
Bd. Bourguigne Angle Abou Whakt  
Khalaf Résidence Dar Annakhil II  
RDC Casablanca  
Tél.: 0522 47 43 82

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle essentielle + dyslipidémie

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 : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible]

**Docteur Ghislaine CHERKAO**  
**CARDIOLOGUE**  
Bd. Bourgoigne Angle Abou Wh  
Khalaf Résidence Dar Annak'  
RDC- Casablanca  
Tél.: 0522 47 43 82

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE MARINA</b><br><b>SOFIA KOUHEN</b><br>54, Rue Ibnou Baat (Ex Taravo)<br>Bourges Casablanca<br>03 44 24 28 | 03/11/2023 | 1035,20               |

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  <p>PHARMACIE MARINA<br/>SOFIA KOUHEN<br/>54, Rue Ibnou Batty (EX Tarabo)<br/>Bourbois - Casablanca<br/>T : 94.24.38</p> | 03/11/2023 | 1035120               |

[illegible]

| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

[illegible][illegible]

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<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
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

Important :

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                      | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX                  |
|--|--|----------------------|---|
| <p>The diagram shows two dental arches (upper and lower) represented by circles. Each circle contains a number from 1 to 8, indicating the position of the teeth from the midline (front) to the back. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The lower arch is labeled 'D' on the left and 'G' on the right.</p> | H<br>25533412    21433552<br>00000000    00000000<br><hr/> D                  G<br>00000000    00000000<br>35533411    11433553<br>B | <input type="text"/> |   |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                      |                      | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>  |
|  | <input type="text"/>   |                      | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>       |
|  | <input type="text"/>   |                      |   |
|  | <input type="text"/>   |                      | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  | <input type="text"/>   |                      |   |
|  | <input type="text"/>   |                      |   |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |   |          |
|----------|---|----------|
|          | H |          |
| 25533412 |   | 21433552 |
| 00000000 |   | 00000000 |
| D        |   | C        |
| 00000000 |   | 00000000 |
| 35533411 |   | 11433553 |
|          | B |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Casablanca, le : 03.11.2023

M<sup>re</sup> ABoudou - RACHID

269,00 x 23.

1) Coveram 10/5 mg.

(S.V)

116,10 x 2

2) Crestor 5 mg

(S.V)

1 1/2

3) Zylonic 100 mg

1 1/2

TAT  
de  
86  
mois

PHARMACIE MARINA  
SOFIA KOUHEN  
1, Rue Ibrahima (Ex Taravo)  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 94.24.39

Docteur Ghislaine CHERKAoui  
CARDIOLOGUE  
Bd. Bourgogne Angle Abou Wakt  
Khalaf Résidence Dar Annakhil II  
RDC - Casablanca  
Tél.: 0522 47 43 82

1035120



Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH



Maphar  
Bd Alkima N° 6, Qi  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V: 114,10 DH



269,00

269,00

269,00



# Dr CHERKAOUI GHISLAINE

Nom : ABOUDOU RACHID

Sex : Male Lit No

Age : Date 03/11/2023 11 04 57

SN 0002148 Section

Cli No Case No

|              |        |              |             |        |
|--------------|--------|--------------|-------------|--------|
| Fréquence    | 1000Hz | QT Interval  | 447ms       | Prompt |
| Temps d'écha | 21s    | QTc Interval | 405ms       |        |
| FC           | 49bpm  | P Axis       | 166 60,°    |        |
| P Interval   | 224ms  | QRS Axis     | 119 20,°    |        |
| QRS Interval | 84ms   | T Axis       | 122 30,°    |        |
| T Interval   | 229ms  | RV5/SV1      | 1.08/0.37mV |        |
| PR Interval  | 260ms  | RV5+SV1      | 1.45mV      |        |

TA = 120/80 mm Hg

Docteur Ghislaine CHERKAOUI  
CARDIOLOGUE  
Bd. Bourgogne Angle Abou Whakt  
Khalaf Résidence Dar Annakhil II  
RDC - Casablanca  
Tél.: 0522 47 43 82

