

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0056517

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1584 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TADLI ABDELJALIL  
Date de naissance : 24-09-1953  
Adresse : CALIFORNIA GOLF RESORT Tmoult B Apt E  
Ville : Ville Verte Dr. EL MAKLOUFI  
Tél : 06 61 45 06 55 Total des frais engagés : 9566,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 09/01/2024  
Nom et prénom du malade : M. TADLI Abdeljalil Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Parodontologie Isogène  
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 : Casablanca Le : 01/01/23  
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
09.01.2024	Malade	3	300,00	
	Holte	1	100,00	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09.01.2024	3	1000	300,00	Dr. EL MA Professeur Ag 5, Rue Med Tel: 05 22 29 91 51/50

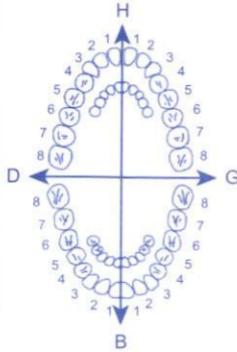
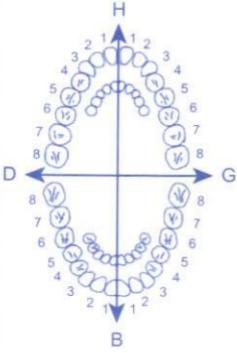
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية سقراط</p> <p>ARMACIE SOCRATE</p> <p>316 Rue Ibnou Majat Chantimier</p> <p>Maarif Extension - Casablanca</p> <p>Tel: 0522 94 81 10</p>	31/1/24	1266,80

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>صيدلية سقراط PHARMACIE SOCRATE 15 Rue Ibnou Majat Chantimar Maarif Extension - Casablanca Tel: 020 94 81 10</p>	31/1/24	1266,80

[illegible]

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

[illegible][illegible]

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> 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 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
						DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>												
							FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2"><b>H</b></td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2"><b>B</b></td></tr> </table>		<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<b>H</b>																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	<b>D</b>	<b>G</b>																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>B</b>																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
			DATE DU DEVIS	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
		DATE DE L'EXECUTION	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>															

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

### 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

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 TADLI Abdeljalil**

**Casablanca le 09.01.2024**

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 10mg cp pell b30  
**P.P.V : 167,00 DH**

Maphar  
 Bd Alkimia N° 6, QI,  
 Sidi Bernoussi, Casablanca  
 Crestor 10mg cp pell b30  
**P.P.V : 167,00 DH**

Cardensiel® 5 mg  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 58,10 DH

Cardensiel® 5 mg  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 58,10 DH

**صيدلية سقراط**  
**PHARMACIE SOCRATE**  
 Rue Ibnou Majat Chantimar 2  
 Maarif Extension - Casablanca  
 Tél: 0522 94 81 10

ATACAND  
 8 mg  
 Bte de 30  
 13976 DMP 21NRQ PPV: 127,70 DH  
 6 118001 020591

- 1- INEXIUM 20MG : 1 CP LE SOIR X 3 MOIS
- 2- CRESTOR 10 MG : 1 CP LE SOIR SANS ARRET
- 3- CARDENSIEL 5 MG : ½ CP PAR JOUR SANS ARRET
- 4- ATACAND 8MG : 1 CP PAR JOUR SANS ARRET
- 5- CARDIOASPIRINE 100 MG : 1 CP A MIDI SANS ARRET

82,10 x 6  
 167,100 x 2  
 58,10 x 2  
 127,10  
 27,10 x 3  
 6 Stilnox :  
 56,60 x 2  
 3 mois

**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**

**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 09 janvier 2024**


**Mr TADLI Abdeljalil**

**HOLTER ECG..... 1000.00DHS**

**Arrêtez la présente facture à la somme de 1.000,00DHS**

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 20 94 59 / 59 05 22 47 26 89

**EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA**  
**0522238181**  
**DR EL MAKHLOUF 0661131483**

<b>CENTRE HOLTER :</b>  PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF Cardiologie adulte et pédiatrique Explorations Cardio-vasculaires Tél.: 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89 Fax.: 0522.22.62.97 GSM: 06 61 13 14 83 Analysé par : Date de lecture (Temps) :	<b>PATIENT : TADLI</b> <b>Prénom : ABDELJALIL</b> Date de naissance : 24/09/1953 Age : 70 année Genre : M Poids : 0 kg      Taille : 0 cm Num. ID : Département :
Indication(s) :  ECG de base : Médication(s) :	
<b>RESULTATS (Tous)</b>	
<b>FREQUENCE CARDIAQUE : ( Nombre total de QRS : 83694 ) ( Temps Heure : 23:22 )</b> Moyenne : 60 bpm      FC Max : 97 bpm à (1)11:46:39      RR Max : 1445 ms à (1)05:47:57 Jour (08:00 - 21:00) : 63 bpm      FC Min : 45 bpm à (1)23:54:54      RR Min : 530 ms à (1)11:46:40 Nuit (23:00 - 06:00) : 55 bpm	
<b>BRADYCARDIE : 0      PAUSES : 0      PERIODES LONGUES : 0</b>	
<b>EVENEMENTS VENTRICULAIRES :</b> <b>EXTRASISTOLES :</b> <b>BI &amp; TRIGEMIN. : 0 &amp; 0</b> <b>TACHYCARDIE : 0</b> Isolées : 267      0.3 % Doublets : 15      0.0 % Salves : 2      0.0 % Total : 303	
<b>EVENEMENTS SUPRAVENTRICULAIRES :</b> <b>EXTRASISTOLES :</b> <b>BI &amp; TRIGEMIN. : 0 &amp; 0</b> <b>TACHYCARDIE : 0</b> <b>RR INSTABLE : 0</b> Isolées : 23      0.0 % Doublets : 8      0.0 % Salves : 2      0.0 % Total : 45	
<b>COMMENTAIRES</b>	
Rythme régulier sinusal. Pas de BAV. Pas de fibrillation auriculaire rares extrasystoles ventriculaires sporadiques il n'y a pas de bigéminisme et il n'y a pas de triplet ni de doublet et il n'y a pas de TV. Conclusion Holter ECG normal	

PARAMETRES ANALYSE :	Date de pose : 09/01/2024 à 11:55	Durée : 24:00:00	S/N Enregistreur : SJ1910066 3.04A
Temps minimum de pause :	2500ms	Bradycardie < :	45bpm
Prématurité supraventriculaire < :	75%	Tachycardie supraventriculaire > :	150bpm
Prématurité ventriculaire < :	Désactivé	Tachycardie ventriculaire > :	50bpm

# ECG

Dr EL MAKHLOUF Ali

NOM: ABDELJALIL TADLI

ID :

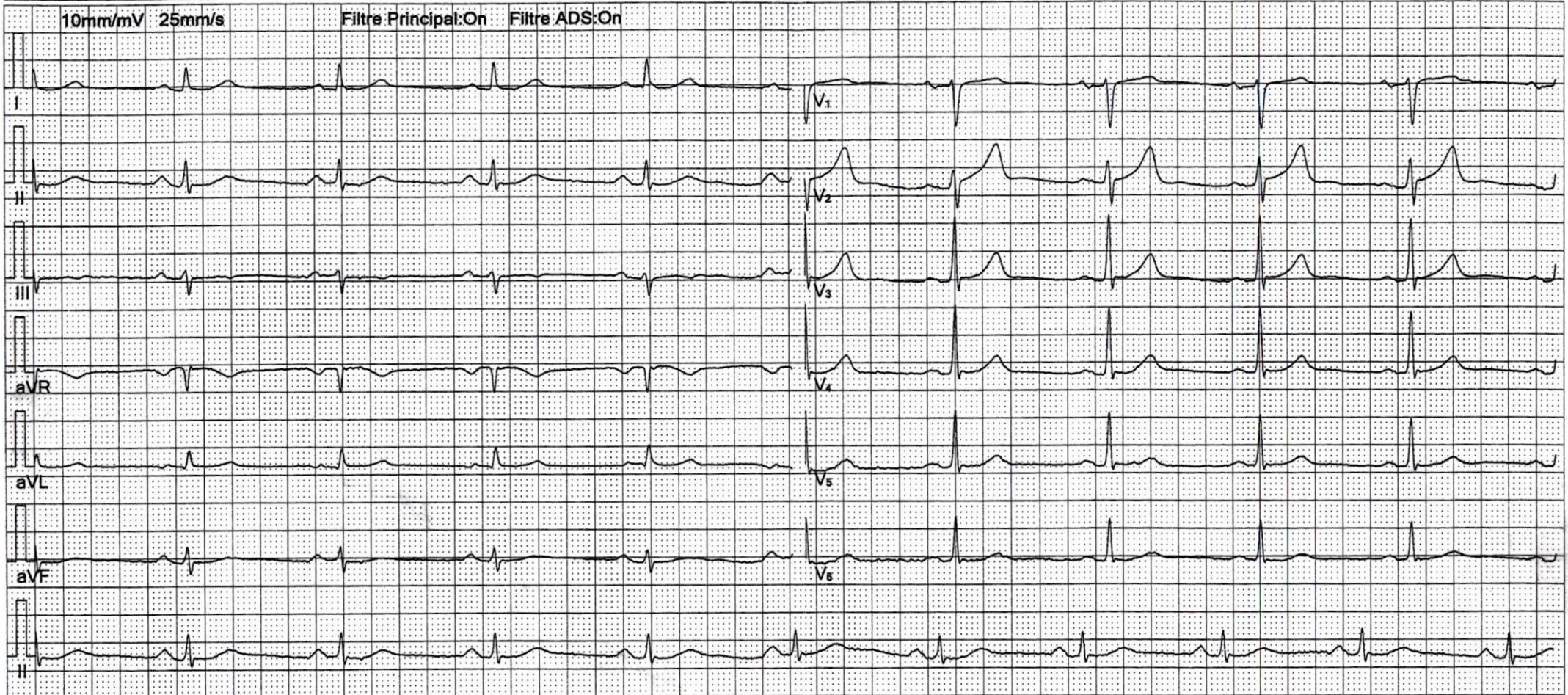
Genre : Homme

Age : 70

DOB : 24-09-1953

Date of Test : 09-01-2024 09:53

Case #: Investigation #: Médecin Référent:.



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	428 ms
Durée Echantillon :	19 s	Intervalle QTc :	413 ms
FC :	56 bpm	Axe P :	71.5°
Durée P :	126 ms	Axe QRS :	8.3°
Durée QRS :	81 ms	Axe T :	26.3°
Durée T :	317 ms	RV5/SV1:	0.93/0.73mV
PQ Interval :	187 ms	RV5+SV1:	1.66mV

Suggestion :

TA 137/77 → 129/70

P. 76 Kg

Signature Médecin: