

# 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- N° 002281

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1085 Société : Mupras  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENSOUADA ODIAN  
 Date de naissance : 12/12/1945  
 Adresse : 56 Rue Nouroulla El Benkhalati CAA  
 Tél. : 0649 67 27 70 Total des frais engagés : 2300,00 + 388,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2024  
 Nom et prénom du malade : M. BENSOUADA  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hypertension  
 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 : CAA Le : 13/04/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : Boudia

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
13.02.2024	Echographie	3	300,00	
	Echographie	1000	1000,00	
	Echographie	1000	1000,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/02/24	389,400H

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

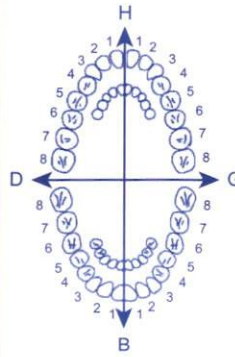
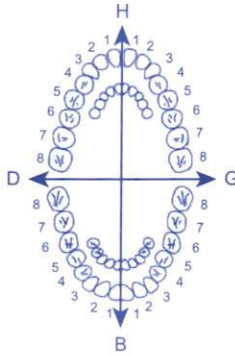
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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 border="1"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

Docteur ALI EL MAKHLOUF  
PROFESSEUR AGREGÉ  
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 13 février 2024

MR BEN SOUDA OMAR

167.00 x 2  
CRESTOR 10mg  
1 CP LE SOIR SANS ARRET

27.70 x 2  
CARDIOASPIRINE 100mg  
1CP A MIDI SANS ARRET



PHARMACIE AIDA  
Mme. BENOUNA BENZAKOUR Hayat  
196, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél.: 05 22 26 32 53 - Fax: 05 22 29 36 61  
ICE : 001754806000050

Docteur ALI EL MAKHLOUF



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

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - 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. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**CASABLANCA Le mardi 13 février 2024**

**MR BEN SOUDA OMAR**

- CONSULTATION..... 300.00DHS
- ECHO CARDIAQUE ..... 1 000,00DHS
- ECHO CAROTIDES ..... 1 000,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 2.300,00DHS

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - 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. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89  
Fax : 0522.22.62.97  
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le mardi 13 février 2024

MR BEN SOUDA OMAR

**ECHO DOPPLER DES CAROTIDES**

**Indice de résistance artériel**

Droit et gauche: normal

**Epaisseur intima média augmentée**

**Carotide primitive**

Droite: épaisseur intima média augmentée, Flux normal

Gauche: épaisseur intima média augmentée, Flux normal

**Carotide interne**

Droite: épaisseur intima média augmentée, athérome modéré sans sténose,  
microplaque

Gauche: épaisseur intima média augmentée, athérome modéré sans sténos,  
microplaque

**Artère vertébrale**

Droite: pas de vol ni de dissection.

Gauche: pas de vol ni de dissection

**Artère sous claviers**

Droite: libre

Gauche: Libre

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Adulte et Cardiologie  
5, Rue Mohamed Abdou - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 59  
Fax: 05 22 22 62 97  
GSM: 06 78 18 18 16

CASABLANCA Le mardi 13 février 2024

MR BEN SOUDA OMAR

ECHO DOPPLER CARDIAQUE

Dim.vgtd= 42.3  
Dim.vgts= 28.4  
Ep.ppvgt= 8.83  
Siv td= 11.1  
Dim.racine ao= 33  
Dim.og.= 35  
Ouv.sigm.ao= 21

**Commentaires:**

Oreillette gauche normale.  
Oreillette droite normale  
Ventricule gauche de taille normale  
Fonction ventriculaire gauche normale  
Fraction d'éjection Simpson =60%

**Mitrale:**

Pas de sténose, micro fuite mitrale  
Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E = 0.62m/s.

**Aorte:**

Pas de sténose, micro fuite aortique.  
Gradient moyen = 5mmHg  
La Vmax = 1.12m/s.

**Tricuspide:**

Insuffisance tricuspидienne grade 1  
La pression artérielle pulmonaire systolique calculée à partir  
de l'IT est à 30 mmHg.

**Conclusion:**

Micro fuite mitrale  
Micro fuite aortique  
Oreillette gauche normale.  
Oreillette droite normale  
Ventricule gauche de taille normale  
Fonction ventriculaire gauche normale  
Fraction d'éjection Simpson =60%  
Absence d'hypertension artérielle pulmonaire.

N B : en cas de soins dentaires, Mr BEN SOUDA OMAR doit prendre AMOXIL  
3g per os 1 heure avant les soins sauf allergie.

Docteur ALIEL MAKHLOUF  
Professeur Agregé  
5, Rue Mohamed Abdou  
Tél: 05 22 28 91 55