

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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- 0043092

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9343

Société : 195047

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHRY MOSTAFA

Date de naissance : 14.2.1951

Adresse : Cite Almassina IMP 6016 HN

Tél. 06 61 18 19 89

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BACHRY MOSTAFA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : CASA

Le :

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 - 8ème 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
12/02/24	Cs + ellg		3000H	<div> <div>Dr. KHALID MABROUKI</div> <div>CARDIOLOGUE</div> <div>76, Bd. La Grande Ceinture</div> <div>Hay Mohammadi - CASABLANCA</div> <div>Tél: 05 22 63 87 50</div> </div>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

12/02/24      183,40

# 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

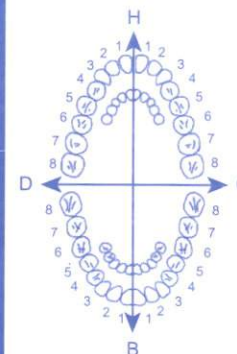
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

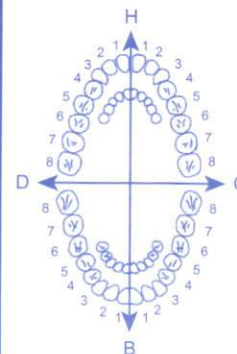
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

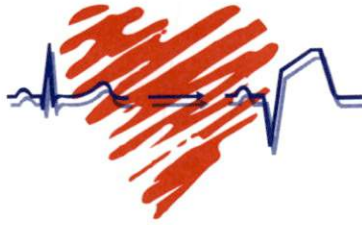
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE CARDIOLOGIE ET DES EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES,

**DR. KHALID MABCHOURI**

Spécialiste des maladies  
du coeur, des vaisseaux  
et de l'hypertension artérielle

Echo-Doppler cardiaque et vasculaire  
Holter Rythmique, M.A.P.A  
Epreuve D'effort



**الدكتور خالد مبشوري**

إختصاصي في أمراض القلب  
الشرايين و إرتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى و الدوبلير  
تسجيل تخطيط القلب و الضغط الدموي

Casablanca le : 12/02/2024 : الداء البيضاء فـ

Mr BACHRY MOSTAFA

1 - KERLONE 20mg

1/2 comprimé le matin

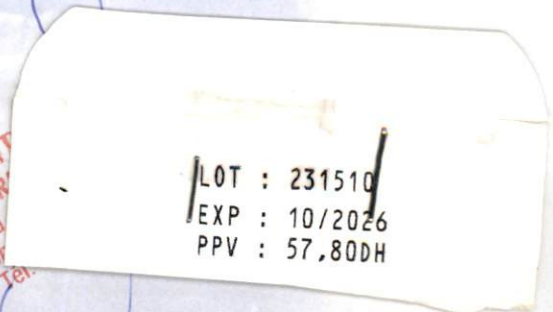
2 - CARDIOASPIRINE 100 mg

Chaque Jour(s), 1 comprimé à midi,

3 - LD-NOR 10mg

Chaque Jour(s), 1 comprimé le soir,

TRAITEMENT DE 3 MOIS



**Important :** Prenez vos traitements régulièrement et à la dose prescrite. N'arrêtez pas et ne modifiez pas les doses de votre traitement seul : cela peut être dangereux pour votre santé.

76. Bd. : la Grande ceinture, Résidence Al Khair  
1<sup>er</sup> étage, N°123, Hay Mohammadi, Casablanca, Tél. : 05 22 63 87 50



## Dr MABCHOURI Khalid

Nom : BACHRY MOSTAFA

Sexe : Homme

Age : 72Y

SN: 0012385

Date: 12/02/2024 08:35:39

Clini:

Lit:

Servi:

Cas:

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	148 ms
Temps d'échantillon	13 s	Intervalle QT	384 ms
HR:	71 bpm	Intervalle QTc	417 ms
Intervalle P	72 ms	Axe P	17,11°
Intervalle QRS	88 ms	Axe QRS	2,14°
Intervalle T	182 ms	Axe T	15,70°

Prompt:

Puls. totals13 , Rythme normal13 , SVE 0 , VE 0.

**Dr. KHALID MABCHOURI**  
**CARDIOLOGUE**  
76, Bd. La Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - CASABLANCA  
Tél: 05 22 63 87 50

Signature du médecin :

