

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050057

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1004 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Belalidi Mohamed

Date de naissance : 1936

Adresse : Rue SR n° 21 Gamila 5 - Cité d'Anfa - Casablanca

Tél. : 06.66.08.06.08 Total des frais engagés : 89810 + 25 grs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/2021

Nom et prénom du malade : HADJIS HADJIS Age :

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

Nature de la maladie : HTA + Coronaropathie

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 : 07/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
08/07/2021	CS	2	2500	Dr. Mohamed ALLAQUI Cardiologue 20, Rue France Ville - Oass Casa - Tél: 0522 98 83 83 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASA OASS 20 Rue de France Ville Oass Casa Tél: 05 22 98 83 83 - Fax: 05 22 98 83 83

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOUBIA Mohamed AYRAO Docteur d'Etat en Pharmacie L'enseignant Mohamed EL BACHA Cité El Ghazal - Casablanca Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24 INPE: 92038304	08/07/2021	898,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

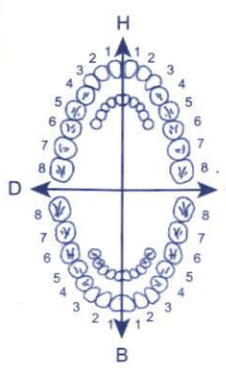
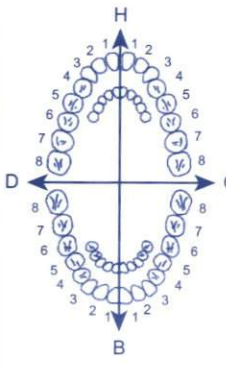
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'EX



Cardioaspirine 100 mg/30cps

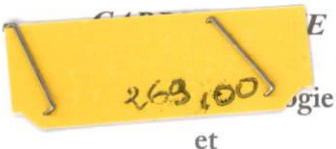
Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



الدكتور  
Dr. Mohamed ALLAOUI



Pathologie Vasculaire  
de la Faculté

Lot: R00509A  
Per: 04/2023  
PPV: 116DH90

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Corvasal 2 mg, cp b 30  
P.P.V. : 46,70 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Corvasal 2 mg, cp b 30  
P.P.V. : 46,70 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Corvasal 2 mg, cp b 30  
P.P.V. : 46,70 DH



PPV: 147DH40  
PER: 03/23  
LOT: K732-1

LOT 201590  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

LOT 201590  
PER: 03/2023

TAMSULOSINE WIN LP  
0.4MG GELU B30

P.P.V. : 98DH00



08/07/21

Mr. Khalidi Mohamed

27,70 Cardioaspirine 100 mg S.V

269,00 1 cp/j midi

116,90 Coveram 10/5 mg S.V

116,90 1 cp/j matin

147,40 Corvasal 2 mg S.V

147,40 1 cp x 3/j

99,00 Rozat 10 mg S.V

98,00 1 cp/j soir

898,00 1 cp/j matin

898,00 1 cp/j

PHARMACIE KOUTOUBA  
Mohamed ALAOUI  
Boulevard de l'Indépendance - Casablanca  
Cité Elmorabitia - Casablanca  
Tél: 05 22 37 31 37 - 05 22 37 30 24  
Tél: 05 22 37 31 37 - 05 22 37 30 24

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis-Casa  
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25

Dr. Mohamed ALLAOUI  
Cardiologue  
20, Rue France Ville - Oasis  
Casa - Tél: 0522 98 07 06

☐ **valable 3 mois**

Le 08/07/2021

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Abalidi Mohamed

Présente

HTA et coronaropathie

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

4 Mois

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca