

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- N° 003941

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1867 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALIMI Mohamed.

Date de naissance : 01/07/1939.

Adresse : HAY MOUBARAKA - Bld my n°8 BERNOUSHI

CASABLANCA

Tél. : 0672134665. Total des frais engagés : # 788,50 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/07/2022

Nom et prénom du malade : EL OUGRI Nick Age :

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

Nature de la maladie : ALD + ALC

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 : 06/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1/12/22         |                   | 6                     | 300                             |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

**Docteur FIKRI Abdelghani**  
 Praticien Oculiste  
 355 Bd Zouagui - Casa  
 Tél : 35 22 79 180

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur | Date   | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|--------|-----------------------|
|                                       | 1-7-22 | 1488,50               |
|                                       |        |                       |
|                                       |        |                       |
|                                       |        |                       |

**PHARMACIE ALFA**  
 Mme AL KHAFIL-AMAL  
 Im 52 May Meubarak  
 Sidi Bernoussi - Casablanca  
 TEL : 05 22 73 94 44

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

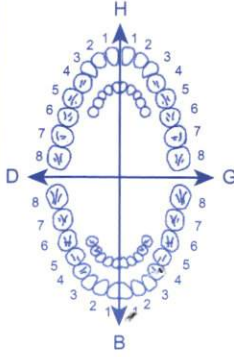
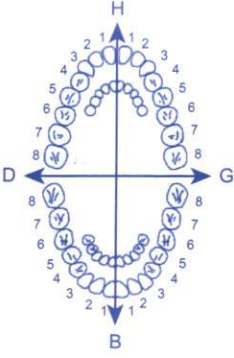
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 canalaire, 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>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 <input type="text"/> |
|  | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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 FIKRI Abdelghani

Diplômé d'Etudes Spéciales  
de Pneumophthisilogie (PARIS)

Certificat d'Endoscopie Bronchique

Membre de la Société de  
Pneumologie de Langue Française

# الدكتور فكري عبد الغني

اختصاصي في أمراض  
الجهاز التنفسي  
كلية الطب بباريس

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجاف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة  
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

Casablanca, le 01.07.2022

Mme EL OUGRI Aicha

1 SYMBICORT TURBUHALER 200/6 µg pdre p inhal : FI/120Doses+embout buc

1 bouffées le matin et le soir, pendant 3 mois. (se rincer la bouche après)

2 COTIPRED 20 MG

Prendre 3 comprimés le matin, après le repas, pendant 5 jours. (régime sans sel)

3 XYZALL 5 mg cp pellic : Plq/28

1 le soir, pendant 1 mois.

4 ROMILAST 10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

5 VENTOLINE 100 µg susp p inhal : FI/200d

3 boîtes

2 bouffées le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours. et si besoin, après les 8 jours (toux, gêne respiratoire et avant effort)

Docteur FIKRI Abdelghani

PHARMACIE YAFRA  
Mme ALKHAHIL AMAL  
Imm 52 Hay Mubarak  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
TEL : 05 22 73 94 44

Docteur FIKRI Abdelghani  
Pneumologue  
355 Bd Ziraoui - Casa  
05 22 79 91 79 / 80

355, Bd. Ziraoui - Casablanca Tél. : C.: 0522 29 91 79/80 : هاتف العيادة : 355، شارع الزيراوي - الدار البيضاء - E-mail. : a.fikripneumo@hotmail.com



SMHS  
FEV-22  
JAN-24

SMFP  
NOV-21  
OCT-23

1. The first step is to identify the key components of the system. This includes understanding the hardware, software, and data involved.

GTIN: 18904159630302  
SP. No. CHEXA0001P587

PPV : 210DH00

notoire : voir notice

LOT: L960

prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables

6 118000 041016

PPV 80 10

Boîte de 28 comprimés pelliculés  
AMM N° 22/19CM - 11/NRODM

B.No.: BRC020214  
Exp. JAN. 2024

PPV : 2 0DH00

B.No.: BRCD2021A  
Exp. JAN. 2021

STIN. 18904154  
SP. No. CHBXP001H 17407  
17866

**ROMILAST® 10mg**  
30 comprimés pelliculés  
Voie orale

PPV : 210DH00

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45.30 DH



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45.30 DH



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45.30 DH



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 01/07/2022

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

### A remplir par le praticien

Je soussigné:

Docteur FIKRI Abdelghani  
Pneumologue  
355 Bd Ziradour - Casa  
Tél: 05 22 29 91 79 / 80

Certifie que Mlle, Mme, M : EL OUGRI Aicha

Présente

Asthme chronique allergique

Nécessitant un traitement d'une durée de:

Symbicort 200 (26)  
Rimilast 10  
+ Ventoline spray

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit)

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com