

## 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.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-457668

1 37843

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1547 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL GHAZI Mustapha  
 Date de naissance : 01/01/1955  
 Adresse : 11 Bd Al Aqols - Hay My Abdellah - Casablanca  
 Tél. : 0668487747 Total des frais engagés : 1342 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/10/2022  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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.

Le : 26/10/2022  
 Thérent(e) :



# 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
17-10-22	C.S. + E.C.	250,00		INP : 061192619 Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD CARDIOLOGUE 14, Bd Méditerranée, 1 <sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 BEIRRECHIN Tél : 05 22 03 59 59 Fax : 05 22 03 03 03

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Le Grand Boulevard 45 Lot Méditerranée - Beirrechin Tél : 05 22 03 59 59 Fax : 06 21 05 03 66	17-10-22	1092,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

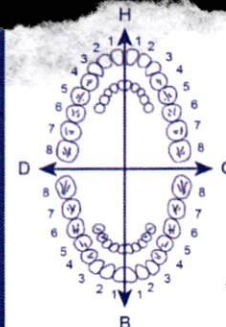
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

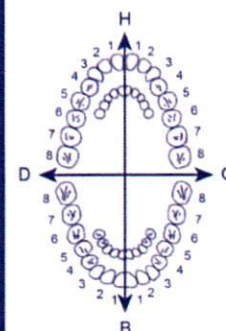
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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'EXECUTION

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

Cardiologue Interventionnel

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

فحص القلب التداخلي

أخصائي أمراض القلب والأشرايين

أستاذ كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو بارسا

## Ordonnance

Berrechid, le : .....

**BERRECHID LE 17 octobre 2022**

**Mr. EL GHAZI MUSTAPHA**

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ APROVEL 150MG

1 Cp/J matin a jeun

3/ ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

Traitement pendant : 6 Mois



**Dr. IMANE ZINEB**  
Sté Pharmacie le Grand Boulevard  
Lot 345 Berrechid  
Tél: 05 22 03 59 59  
INPE: 062105036

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**  
**CARDIOLOGUE**  
11-Bd Med V Bureau N°16 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 83 03



ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80  
EXP 04/2024  
LOT 10005 4

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80  
EXP 04/2024  
LOT 10005 4

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80  
EXP 04/2024  
LOT 10005 4

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80  
EXP 04/2024  
LOT 10005 4

ASKARDIL<sup>®</sup> 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPN 23DH80  
EXP 04/2024  
LOT 10005 4

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28  
P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28  
P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28  
P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28  
P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28  
P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

APROVEL 150MG CP B28  
P.P.V. : 158DH30



6 118001 080892

Dr. IMANE ZINEB  
exp Pharmacie 16 Grand Boulevard  
16000 Lail Nasrallah - Berrechid  
Tél: 05 22 03 59 59  
INPE: 062105036