

## 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° W21-777509

149518

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08700

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIS ABDELALI

Date de naissance : 03/08/1968

Adresse : habituelle

Tél. : 06 5433335

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ALEM EL ALMI  
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1  
Dar Bouazza Casablanca  
ICE : 00217783500049

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : FARIS ABDELALI

Age : 55

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
12/12/12	GRC	30	081	<p><b>Dr. ALEM EL ALMI</b>            Lot 15 N°1            Dar Bouazza Casablanca            ICE: 00217835000049</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE Des Dentistes</b> <b>Dr. ALAMI ZINEB</b> Mosquée Abdou Lot Naouras Casablanca - 0522 29 28 59	01/02/13	256,6

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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															



Dr EL Alem El Almi

CARDIOLOGUE

MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

Ancien Assistant Étranger à la Clinique Cardiologique

de la Faculté de Médecine de Montpellier - France



الدكتور العالم العالمي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

أستاذ مساعد سابقا بمصحة القلب

بكلية الطب بمتبولي - فرنسا

PPV: 84DH80  
PER: 11/24  
LOT: K3274

PPV: 84DH80  
PER: 04/25  
LOT: L1576

Le : 2012-2-23 : الدار البيضاء في

ADIS Antibio

Régime triphasé

84,80 x 2  
10- FROZAR 50

1- 1cp / 6 com  
x 2 sem

87,10 2- REXI 300

LOT: 220536  
DLUO: 07/2025  
87,000H  
Deva Pharmaceutique  
Pharmacie Responsable

PHARMACIE  
Des Darbou  
Dr. ALAMI  
Mosquée Anouf, 10, Nautra  
Casablanca 11572 29 28 60

Dr. EL ALEM EL ALMI  
Lot. Al Ansari Rue 15 N° 1  
Dar Bouazza Casablanca  
ICE : 002177835000049

15, Lotissement Ansari, Dar Bouazza - Casablanca. تجزئة سكنية أنصاري دار بوعزة - الدار البيضاء.

بريد الإلكتروني : docteurelalmi@gmail.com - هاتف : 05 22 29 29 15 / 06 61 65 62 18



... ..  
 ... .. M / F  
 Age: ... ..  
 ... .. cm / ... .. kg

FC: 83/min

Axes:

P 24 °

Intervall:

QRS -2 °

T -3 °

RR 719 ms

P 120 ms

PQ 170 ms

QRS 84 ms

QT 362 ms

QTC 431 ms

P (II) 0.12 mV

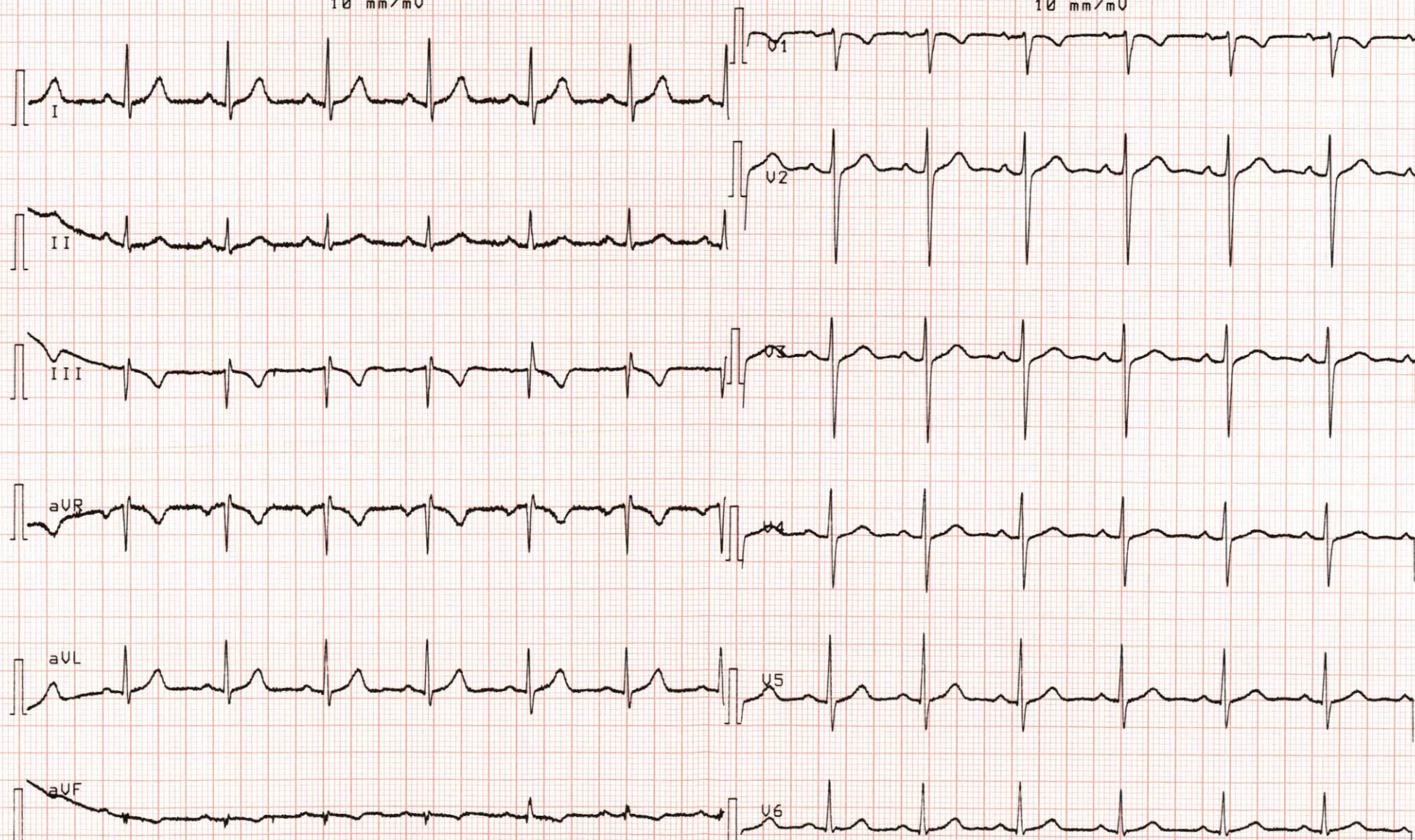
S (V1) -0.67 mV

R (V5) 1.07 mV

Sokol. 2.73 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

F50

SBS

Me 01-FEV-23 13:02:11

AT-102 1.37 Mm