

## 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 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
- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-788968

154554

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0847 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : AMTUEL SAID  
 Date de naissance : 01/01/1949  
 Adresse : 84 Résidence DES ROSES APPT N°7 - 3ème étage  
 ILE AL WABROUJ BEAUSSEJOUE CASABLANCA  
 Tél : 0613214100 / 0522394810 #1693/90 DH  
 des frais engagés : / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/03/2023  
 Nom et prénom du malade : AMTUEL SAID Age: 74  
 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.  
 Fait à : Le : 16/03/2023  
 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
02-03-623			300,000	INF: 091057851 Dr. EL MAKHLOU Professeur Agrégé 5, Rue Méditerranée Tél: 05 22 22 22 22

Prof. EL M...

5, Rue de la Makhloussa

22-29-81 Mod. grég. 100F

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<p><i>(Stamp: Pharmacie du Fournisseur)</i></p> <p><i>(Stamp: Casa - Tel. 05 22 17 26 89)</i></p> <p><i>(Stamp: Pharmacie du Fournisseur)</i></p> <p><i>(Stamp: INPE - MA)</i></p>	<p>02/03/23</p>	<p>1393,80</p>

03

92

~~\* 1393.85 \*~~

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

### Designation des Coefficients

Montant  
es Honoraires[illegible]

Date des Soins

AM

Nominal	
P	C

1	
---	--

des

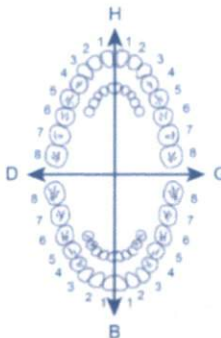
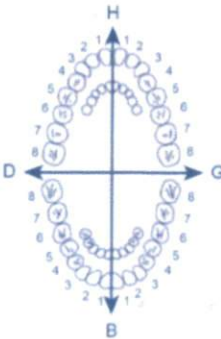
### Montant détaillé des Honoraires

# 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	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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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> 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

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top. The arch is supported by two main piers, each labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The bridge is divided into two halves by a vertical line. The piers are numbered 1 through 8, with 1 being the central pier and 8 being the outermost piers. The arch is supported by a series of smaller piers, each labeled with a number from 1 to 8. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Monsieur AMJOUEL Said**

Casablanca le 02.03.2023

4x273.50  
1- EXFORGE 10MG/160  
1 PAR JOUR SANS ARRÊT

2x378.80  
188.50  
2- SECTRAL 200 MG : 1 / 2 CP PAR JOUR  
TTT A NE PAS ARRÊTER POUR 4 MOIS

3- NOCOL 20 MG:  
1 / 2 CP PAR JOUR LE SOIR SANS ARRÊT

*1393.50*  
*3 mois*  
  
**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

**Dr. EL MAKHLOUF Ali**  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

**TRAITEMENT A NE PAS ARRÊTER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

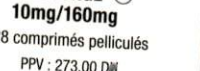
**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**



611800103060 6  
**EXFORGE**  
**10mg/160mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 273,00 DH



611800103060 6  
**EXFORGE**  
**10mg/160mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 273,00 DH



611800103060 6  
**EXFORGE**  
**10mg/160mg**  
28 comprimés pelliculés  
PPV : 273,00 DH

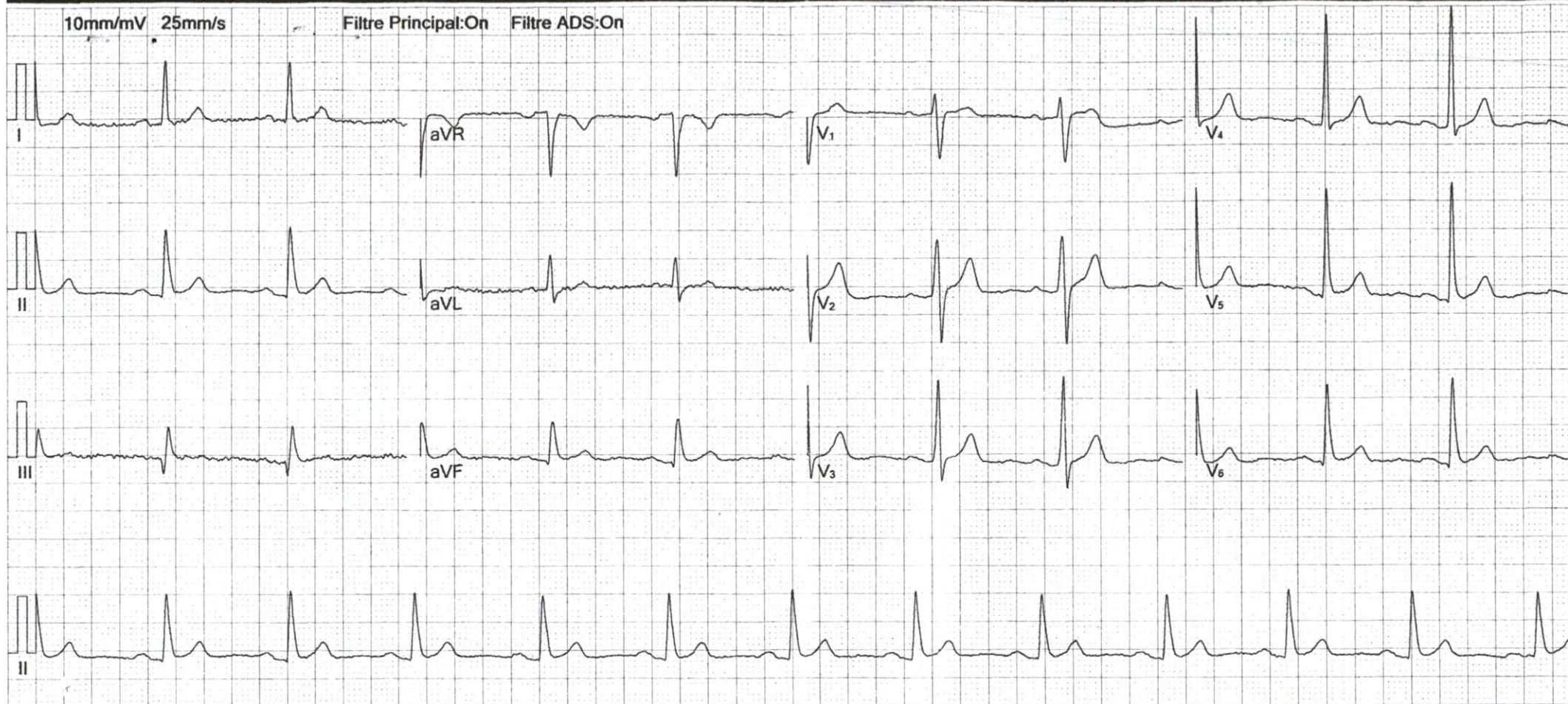


LOT : 22E001  
PER: 01 2025  
**SECTRAL 200MG**  
**CP PEL B20**  
P.P.V : 37DH80  
1180001060154

LOT 224451  
EXP 08/25  
PPV 188DH50



LOT : 22E001  
PER: 01 2025  
**SECTRAL 200MG**  
**CP PEL B20**  
P.P.V : 37DH80  
1180001060154



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	369 ms
Durée Echantillon :	19 s	Intervalle QTc :	392 ms
FC :	68 bpm	Axe P :	45.9°
Durée P :	142 ms	Axe QRS :	49.2°
Durée QRS :	100 ms	Axe T :	37.8°
Durée T :	239 ms	RV5/SV1:	1.89/0.81mV
PQ Interval :	255 ms	RV5+SV1:	2.70mV

Suggestion :

IA.138/73

P: 86Kg

Signature Médecin: