

## 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

- Reclamation : 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° W21-788970

154556

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **0847**

Matricule : ..... Société : **ROYAL AIR MAROC**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **AMJOUA SAÏD**

Date de naissance : **01/01/1949**

Adresse : **84 RESIDENCE DES ROSES APPT 27 3ème étage**  
**RUE AL OURAB (PRAUSSEUR) CASABLANCA**

Tél : **061321410 / 0522394810** Frais engagés : **725,10 DH** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin :

**Prof. Ahmed FAROUQI**  
Endocrinologie - Diabétologie  
187, Bd. Abdelmoumen N° 27 Casablanca  
Tél : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76  
Code INP : 091028514

Cachet du médecin : **2 MARS 2023**

Date de consultation : **01/03/2023**

Nom et prénom du malade : **AMJOUA SAÏD** Age : .....

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

Nature de la maladie : **diabète sucré - type 2**

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 **03/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

**MUPRAS** **ACCUEIL** **03/03/2023**

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 MARS 2023			300dh	 Prof. AHMED FAROUK Endocrinologie - Diabétologie 187, Bd. Abdelmoumen N°27 - Casablanca Tél: 0522 20 07 03 - 0522 20 07 04

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	$\begin{array}{r} 02 \\ \hline 03 \\ \hline 23 \end{array}$	$= 428.10 \text{ x}$

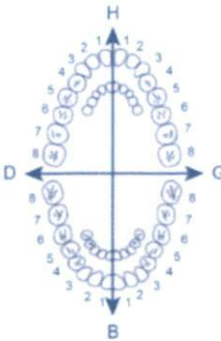
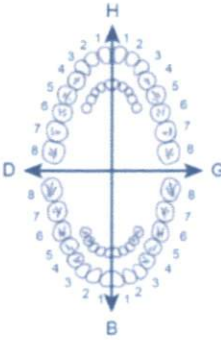
[illegible][illegible]

# 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.

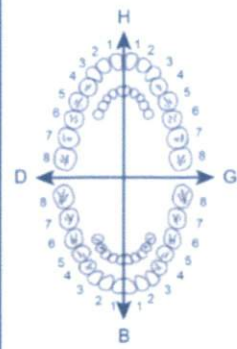
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;">             H.  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>             D <span style="margin-left: 100px;">G</span>              B           </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] 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 :**  
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 : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H.		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Ahmed FAROUQ

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
et Maladies de la Nutrition

Ancien Chef de Service d'Endocrinologie au CHU de Casablanca

Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca

Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon



118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Casablanca, le

2 Mars 2023

Dr AMTOUC SAID

8x28. → 1000  
1 up x 2

4x24.4 → 1000  
1 up x 2

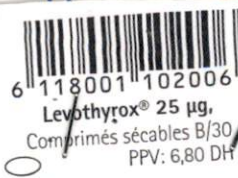
3x6.80 → 1000  
1 up x 2

3x27.20 → 1000  
1 up x 2

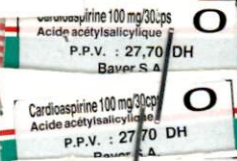
3x27.20 → 1000  
1 up x 2



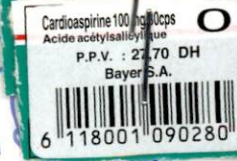
6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Pharmacie Almond  
Ain Chock

Prof. Ahmed FAROUQ  
Endocrinologie - Diabétologie  
N° 27 - Casablanca  
Tél: 05 22 20 07 03 - 05 22 20 75 76  
Fax: 05 22 20 07 03 - 05 22 20 75 76  
E-mail: endocrino.diabeto87@gmail.com

Espace Walili 187, Bd Abdelmoumen, 7ème étage, N° 27. Casablanca - Tél: 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76  
05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03 : الهاتف - الدار البيضاء - الرقم 27 - الطباق 7, الرقم 27 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76

E-mail : endocrino.diabeto87@gmail.com : البريد الإلكتروني



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30-  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

Bouteilles ou Collyres

28,00

LOT 221663  
EXP 11/2025  
PPV 28.00DH

Prof. Al-med FAROUKI  
Endocrinologie - Diabétologie  
187, Bd Abdelmoamen N° 27 Casablanca  
Tel: 0522 23 07 03 - 0522 20 75 76  
Code INP : 091028514



118001 102020

Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

28,00



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

LOT 221671  
EXP 12/2025  
PPV 28.00DH

28,00

28,00

28,00

28,00