

## 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 ATC :

- 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° W19-452896

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1823 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : EL FARA Mohamed  
 Date de naissance : 05/09/1955  
 Adresse : AN CHOCK RUE 129 N° 349  
 Tél. : 0661 978518 Total des frais engagés : 1995,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. HAFIDI Karim  
 Cardiologue  
 Cachet du médecin : N°3, Résidence Haytam, Hay El Walaa  
 Date de consultation : 09/11/2021  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cardiopathie ischémique  
 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 : 11/08/2022

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

| 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                                                          |
| 02/07/12                       | EASG              |                       | 250 DH                          | INF : 0DNR060008<br>Dr. HAFFDI Karim<br>Cardiologue<br>N°3, Résidence Haytman, Hay El Walaa<br>Sidi Moumen - Casablanca |

INP: 001106008

|                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Dr. Haytam Karim                     | Dr. Haydi Karim                      |
| Cardiologue                          | Cardiologue                          |
| N°3 - Résidence Haytam, Hay El Walaï | N°3 - Résidence Haytam, Hay El Walaï |
| Moumen - Casablanca                  | Moumen - Casablanca                  |
| 01 05 22 22 22                       | 01 05 22 22 22                       |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                     |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                     | Date     | Montant de la Facture |
| <br>Pharmacie ASTOIR<br>1, Rue 1 N°6<br>- Tel. 05 22 51 08 42 | 10/08/22 | 1745,50               |
|                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                               |          |                       |
|                                                                                                                                               |          |                       |

Montant de la Facture

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

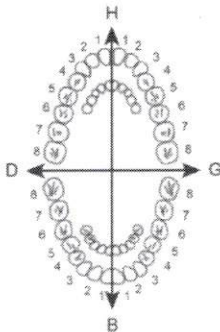
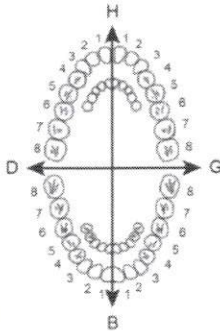
Montant  
des Honoraires[illegible]Montant détaillé  
des Honoraires

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des<br>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<br>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 colspan="2">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 | G |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                      | 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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr HAFDI Karim

CARDIOLOGUE

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

- Ex praticien à l'Hôpital Cochin Saint Vincent de Paul (Paris)
- Ex praticien au CHU Ibn Rochd



الدكتور حفدي كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

• طبيب سابق بمستشفى كوشان بباريس

• طبيب سابق بمستشفى ابن رشد

- Diplôme d'Echocardiographie de la Faculté de Bordeaux - SEGALEN
- Diplôme d'Ultrasonographie Vasculaire de l'Université la Sorbonne
- Diplôme de Cardiologie Pédiatrique de l'Université Paris - Descartes

Casablanca, le .....

09/08/2022

Mr EL FARA MOHAMED

COPLAVIX 75MG/100MG COMPRIMÉ PELLICULÉ BOÎTE DE 30  
1CP/J MIDI pendant 3 mois

CARDENSIEL 5MG COMPRIMÉ PELLICULÉ SÉCABLE BOÎTE DE 30  
1 CP LE MATIN pendant 3 mois

ROZAT 10mg  
1cp le soir pendant 3 mois

LANPROL 30MG GÉLULE FLACON DE 28  
1 CP LE matin pendant 1 mois



Adh. 1500  
Dr. Hafdi Karim  
N°3, Résidence Haytam, Hay El Wala  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tel.: 05 22 71 66 36

Dr. HAFDI Karim  
Cardiologue  
N°3, Résidence Haytam, Hay El Wala  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tel.: 05 22 71 66 36

LOT: 369  
PER: JAN 2025  
PPV: 80 DH 00

LANPROL® 30 mg  
28 gélules ○



6 118000 051039

LOT: 369  
PER: JAN 2025  
PPV: 80 DH 00

LANPROL® 30 mg  
28 gélules ○



6 118000 051039

LOT: 369  
PER: JAN 2025  
PPV: 80 DH 00

LANPROL® 30 mg  
28 gélules ○



6 118000 051039

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V: 270,00 DH



5 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V: 270,00 DH



5 113001 082018

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V: 270,00 DH



5 113001 082018

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

PPC : 79DH00



4 026466 004907

12.2023  
L2100514

PPV: 147DH40  
PER: 04/24  
LOT: L1376

ROZAT® 10 mg  
Rosuvastatine  
28 comprimés pelliculés ○



6 118000 041771

PPV: 147DH40  
PER: 04/24  
LOT: L1376

ROZAT® 10 mg  
Rosuvastatine  
28 comprimés pelliculés ○



6 118000 041771

PPV: 147DH40  
PER: 04/24  
LOT: L1376

ROZAT® 10 mg  
Rosuvastatine  
28 comprimés pelliculés ○



6 118000 041771