

# 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

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



ND: 36266

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0008877**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1135 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELLAKHDI Abdelmoula Date de naissance : 01.01.1947

Adresse : Rég. Aena ENNAJD IM 22 N: 233 AVE STENDHAL CASA

Tél. : 0522251179 Total des frais engagés : #1291,10# Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 7 / 2020

Nom et prénom du malade : ELLAKHDI Abdelmoula Age :

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

Nature de la maladie : HTA Anévrisme

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le 21.07.2020



[illegible][illegible]

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

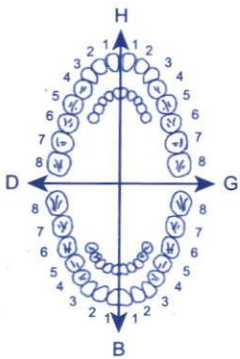
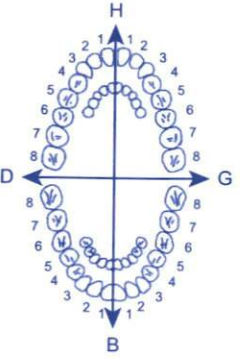
[illegible]

## RECEVE 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'

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ECG**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. It features 16 numbered circles representing teeth, arranged in a semi-circular pattern. The numbering starts at the center (incisors) and goes outwards to the molars on both sides. A vertical line bisects the arch. The corners of the diagram are labeled with letters: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right.

<b>D</b>	<b>G</b>
00000000 35533411	00000000 11433553
<b>B</b>	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

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'EXECUT

Docteur Ilham EL BAROUDI  
CARDIOLOGUE



- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

الدكتورة إلهام البارودي

- إختصاصية في أمراض القلب والشرابين
- خريجة كلية الطب بباريز
- طبيبة ممارسة سابقا بمستشفيات باريز
- دبلوم الفحص بالصدى والدوبلير
- عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو-دوبلير

Casablanca le : 21/7/2020

Ellakdi Abdelmoula

Depuis je sale

296,00 x 3 / 888,00

Exforge 80/5  
1 ch

Relaxium

1 ch

Almag 0,5

1/2 ch

H de 53,10  
3 ans

941,10

Dr Ilham EL BAROUDI  
Cardiologue  
39, Bd. Rachidi, Casablanca  
Tél: 0522 47.60.00 / 0522 47.60.10  
IND 051048355



صيدلية اشرف  
PHARMACIE ACHRAF  
Dr. Slimane Slimane  
39, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél: 0522 47.60.00 / 0522 47.60.10  
Fax: 0522 99.64.17

Cabinet de consultation et d'explorations

38, Boulevard Rachidi ---- Casablanca ----

Tél.: 05 22 47.60.00 / 10 . Fax : 05 22 47.60.10 . E-mail : ilham\_elbaroudi@yahoo.fr





PHARMACIE ACHRAF  
Dr. SLIMANE Slimane

Page :1

## FACTURE

N° FACTURE :37356  
Date : 22/07/2020

Client :  
ELLAKHDI ABDELMOULA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
EXFORGE 5/80 MG COMP	3	296.00	888.00
RELAXOL COMP	1	53.10	53.10

Total TTC = 941.10

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : NEUF CENT-QUARANTE-UN DHS 10 CTS

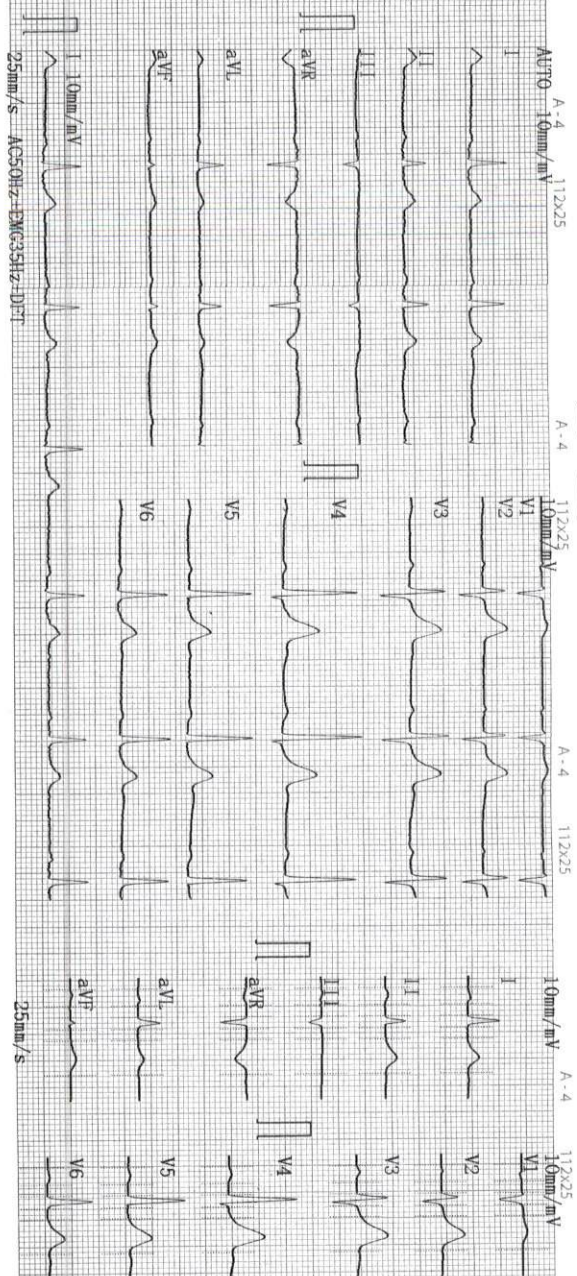
Bon rétablissement



442 RESIDENCE ANNAJD Angle Av Anwal et Av stendhal cite plateau CASABLANCA Tel:0522 98 97 63  
Fax:0522 99 64 17 R.C :275144 - Patente:34712528 - I.F: 42205000 - CNSS: 6017736 - I.C.E: 000448700000012

EL LAKHDI Abdelmoula

85 Kg



DR EL BAROUDI 112x25 A-4 112x25  
2020-07-21 12:21

ID: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Height: \_\_\_\_\_ cm Weight: \_\_\_\_\_ kg SVS/DIA: \_\_\_\_\_ mmHg  
PC bpm: 55  
Intervalle PR ms: 212  
Durée P ms: 127  
Durée QRS ms: 92  
Durée T ms: 260  
QT/QTc ms: 435/418  
Axe P/QRS/T deg: 31.2/5.3/34.8  
R(V5)/S(V1) mV: 1.05/0.41  
R(V5)+S(V1) mV: 1.46  
<<Conclusions>>  
Dév. ax. gche légère.

\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\*

Médecin \_\_\_\_\_

Le 21.7.2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien	
Je soussigné:	Dr. Mohamed AROUBI Cardiologue 20, Bd. Park 9, Casablanca Tél: 0522 47 60 10 MP 091 048255
Certifie que Mlle, Mme, M :	Elkhadi Abdelouh
Présente	HTA - Cardiopathie
Nécessitant un traitement d'une durée de:	3 ans à vie
Dont ci-joint l'ordonnance:	
(A défaut noter le traitement prescrit).....	

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr. Mohamed AROUBI  
Cardiologue  
20, Bd. Park 9, Casablanca  
Tél: 0522 47 60 10  
MP 091 048355