

## 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](http://www.mupras.com)

N° W19-457684

DUPICATA

MUPRAS  
RECEPTION

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1547

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL GMAZI Mustapha

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse :

71 - Bd AL Qasr Hay My Abdellah 2000

Tél. :

0668487747

Total des frais engagés :

868,565

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD  
CARDIOLOGUE  
41 Bd Med V, 1<sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 BERRECHID  
05 22 32 83 03-05 22 32 83 03

Date de consultation :

20/7/2013

Nom et prénom du malade :

Age : 61

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : 21/07/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Mustapha

### RELEVE 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
22/07/19	C.S. + ECG		= 250,00	Dr. KHAMAR MOHAMMED CARIOLOGUE 11 Bd Mouloud Elaga, Bureau N°16 BERRECHID Tél. 0522.32.83.03-05.22.32.83.51

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie EZZARIDA DR. EL GHEVARA Nadia Tél.: 0522.32.80.39	22/07/19	618,50 Dhs

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

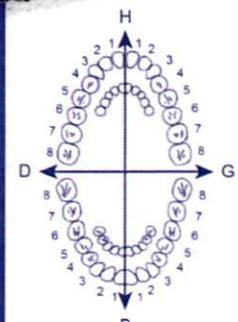
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

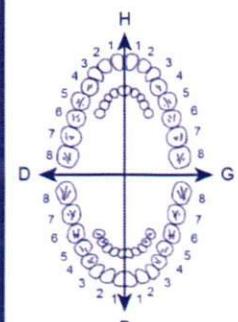
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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'EXECUTION

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUD**

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheid Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

أخصالي أمراض القلب والشريان

خريج كلية الطب بالدار البيضاء.

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالدار البيضاء.

طبيب سابق بمستشفى لوتشايد بالمانيا

حاصل على شهادة لفحص بالصدى من جامعة بودو بفرنسا

## **Ordonnance**

Berrechid, le : .....

**BERRECHID LE 20 Juillet 2019**

**Mr. EL GHAZI MUSTAPHA**

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

2/ APROVEL 150MG

1 Cp/J matin a jeun

3/ ASKARDIL 160MG

1Cp/J à midi après repas

4/ BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

Dr. EL GOURMA Nada  
Tél: 0522 32 80 39  
Pharmacie EL ZAZHA  
Tél: 0522 32 83 03  
Berrechid

Dr. KHADRE MOHAMED FOUD  
CARDIOLOGUE  
11 - Bd Med V, Etage 1, Bureau N°16 BERRECHID  
Tél: 05 22 32 83 03-05 22 32 83 33

ASKARDIL® 160 mg  
30 comprimés dispersibles

9  
118000033196



○

DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
LABORATOIRES  
CASABLANCA - MAROC  
21, RUE DES OUDAIAS  
21, RUE DES OUDAIAS

AMM N°: 215DMP/21  
01/2021  
01/2024

Conserver à une température  
n'excedant pas 30°C. À l'abri de  
l'humidité  
AMM N°: 215DMP/21  
01/2021  
01/2024

30

160

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés  
dispersibles  
PROJET  
EMP  
LOT  
23/03/2021  
00022

ASKARDIL® 160 mg  
30 comprimés dispersibles

9  
118000033196



○

DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
L'ADRESSE DES LABORATOIRES  
21, RUE DE LA NORD  
CASABLANCA - MAROC

AMM N°: 215DMP/21  
01/09/2021  
01/09/2024

Conserver à une température  
n'excedant pas 30°C. À l'abri de  
l'humidité  
AMM N°: 215DMP/21  
01/09/2021  
01/09/2024

30

160

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés  
dispersibles

PP  
EMP  
LOT  
23/03/2021  
02/09/2022

Pér./Exp.

Lot/Batch

Fab./Mfg.

# APROVEL®

irbésartan/irbesi

28 comprimés pell  
film-coated tab

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Aïn sebaâ Casablanca

Aprovel 150 mg. cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH

6 118001 080892

# 150mg

sanofi aventis

Pér./Exp.

Lot/Batch

Fab./Mfg.

# APROVEL®

irbésartan/irbesi

28 comprimés pell  
film-coated tab

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Aïn sebaâ Casablanca

Aprovel 150 mg. cp b 28

P.P.V : 158,30 DH

6 118001 080892

# 150mg

sanofi aventis

Pér./Exp.

Lot/Batch

Fab./Mfg.

# APROVEL®

irbésartan/irbesi

28 comprimés pell  
film-coated tab

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Aïn sebaâ Casablanca

Aprovel 150 mg. cp b 28

P.P.V : 158,30 DH

6 118001 080892

# 150mg

sanofi aventis

بلمازول®

أوميبرازول

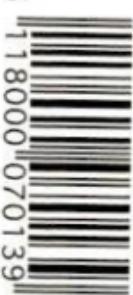
20 ملخ

BELMAZOL® 20 mg

28 gélules



6



118000070139

برشامة 28

عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00