

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-457684 DUPLICATE

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1547 Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : EL GHAZI Mustafa  
 Date de naissance : 01/01/1955  
 Adresse : 71 Bd AL Qods Hay My Abdellah Cas  
 Tél. : 0668487747 Total des frais engagés : 868,505 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/7/2019

Nom et prénom du malade : ..... Age : 64

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 : Casablanca Le : 21/9/2019

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
20/07/19	C.S., ECG		250,00	Dr. KHADRE MOHAMED CARDIOLOGUE 41- Bd Moutar 1 <sup>er</sup> Etage, Bureau N°16 BERRECHID Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ZAHRA BERRECHID Dr. EL GUERMAJ Ladia Tél: 0522 32 80 39	20/07/19	618,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

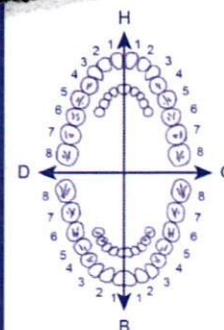
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

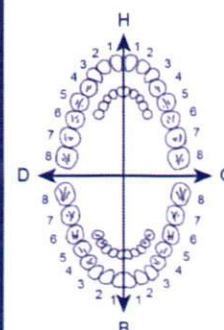
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

**Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD**

**Cardiologue**

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital Cheikh Khalifa de Casablanca

Ancien Médecin praticien à Klinikum Lüdenscheld Allemagne

Diplômé en Echocardiographie Doppler de l'université Bordeaux II



**د. خضر محمد فؤاد**

أخصائي أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى الشيخ خليفة بالبحر الأبيض

طبيب سابق بمستشفى لودنشايد بألمانيا

حاصل على شهادة الفحص بالصدى من جامعة بورجو بفرانسا

## 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

Pharmacie EZZAHRA  
Dr. EL GUERMAI Nadia  
Tél.: 0522 32 80 39

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
11 - Bd Mohamed V 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid  
Tél: 05.22.32.83.03-05.22.32.83.33

ASKARDIL® 160 mg ○  
30 comprimés dispersibles



DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
D'AFRIQUE DU NORD  
21, RUE DES OUDAYA  
CASABLANCA - MAROC

LABORATOIRES  
ALPHAMAR  
21, RUE DES OUDAYA  
CASABLANCA - MAROC

Conserver à une température  
n'excédant pas 30° C à l'abri de  
l'humidité  
30 jours



30  
160 mg

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PP  
EP  
OT

23DH80  
02/2021  
80062 2

ASKARDIL® 160 mg ○  
30 comprimés dispersibles



DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
D'AFRIQUE DU NORD  
21, RUE DES OUDAYA  
CASABLANCA - MAROC

LABORATOIRES  
ALPHAMAR  
21, RUE DES OUDAYA  
CASABLANCA - MAROC

Conserver à une température  
n'excédant pas 30° C à l'abri de  
l'humidité  
30 jours



30  
160 mg

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

23DH80  
02/2021  
80062 2

PP  
P  
T



Pér./Exp.

Lot/Batch

Fab./Mfg.

**APROVEL®**

irbésartan/irbesi

28 comprimés pel  
film-coated tab

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1

Ain 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 pel  
film-coated tab

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1

Ain 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 pel  
film-coated tab

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

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

6 118001 080892

**150mg**

**sanofi aventis**



# بلمازول<sup>®</sup>

أوميفرازول

20 ملغ

BELMAZOL<sup>®</sup> 20 mg

28 gélules



6 118000 070139

96,00

LOT :

EXP :

PPV :

برشامة 28  
عن طريق الفم