

## 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° W19-527066

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>25115</b>		RAM	
Matricule : <b>1547</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>EL GHazi moustapha</b>			
Date de naissance : <b>01.01.1955</b>			
Adresse : <b>Fl. B6 Al Qods - Hay My Abdellah - CASA</b>			
Tél. : <b>06 68 48 77 47</b>	Total des frais engagés : <b>1000</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>DR. KHADRE MOHAMED FOUD</b> <b>CARDIOLOGUE</b> <b>11-Bd Med V<sup>e</sup> El 335 - Bât. 16 Bérechid</b> <b>Tel: 05 22 22 83 03-05 22 32 33 33</b>			
Date de consultation : <b>25/02, 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL GHazi moustapha</b> Age : <b>65</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>HTA</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>ACCUEIL</b>			
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 : **Accueil** Le : **25/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **El Ghazi**

**ACCUEIL**

### 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
25/02/20 CSTCO		+ 25000		INP : 1111111111111111 Dr. M'HADRE MOHAMED FOUDY CARDIOLOGUE 11 Bd Med V Etage, Bureau N°16 BERRECHID Tél: 0522.32.83.03-05.22.32.83-03

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EZZAHRA Dr. EL GUERI A. 32000 Tel: 0522-32-83-03	25/02/20	6499999999999999

### ANALYSES - RADIographies

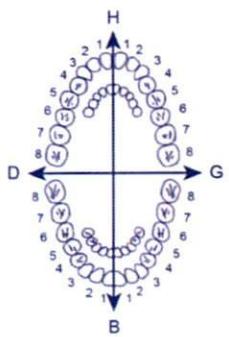
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

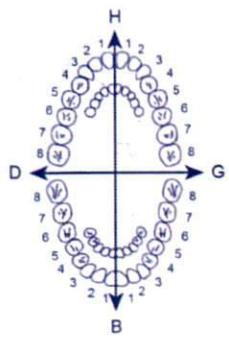
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	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

EN CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

CŒFFICIENT  
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 Klinikur

Diplôme en Echocardiographie Doppl

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebâ Casablanca  
Aprovel 150 mg, cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH  
6 118001 080892



د. خضر محمد فؤاد

دكتور محمد فؤاد

الطبقة

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebâ Casablanca

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

6 118001 080892

Berrechia, le : .....

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1  
Ain sebâ Casablanca

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

6 118001 080892

طب ساس

د

حاصل على

BERRECHID LE 25 Février 2020

Mr. EL GHAZI MUSTAPHA

1/ REGIME PAUVRE EN SEL

3x2830  
2/ APROVEL 150MG

1 Cp/J matin a jeun

3x2380  
3/ ASKARDIL 150MG

1Cp/J à midi après repas

96,00  
4/ BELMAZOL 20MG

1 gel/J le soir

Traitement pendant : 3 Mois

64230

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

Dr. KHADRE MOHAMED FOUAD  
CARDIOLOGUE  
11-Bd Med 4, 1<sup>er</sup> étage Bureau N°16 BERRECHID  
Tél.: 05.22.32.83.03 - 05.22.32.83.33

# بلمازول®

أوميبرازول

20 ملغم



BELMAZOL® 20 mg

28 gélules



6 118000 070139

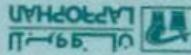
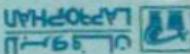
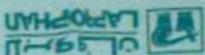
28 برتقامة  
عن طريق الفم

LOT :

EXP :

PPV :

96,00



፳፻፲፭

**ASKARDIL® 160mg 30 comprimés dispersibles**

PPU 23DH80  
EXP 10/2021  
LOT 98016 4



03

۱۶۰



03

۱۶۰



۰۳

۱۶۰

תְּבִ�ְתָּן

## ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV'23DH80  
EXP 10/2021  
LOT 98016 4



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

卷之二

AMM N°: 215DMP/21

Conserver à une température