

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

- Reclamation : 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



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

Declaration de Maladie

N° W19-521912

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **25103**

Matricule : **1316** Société : _____

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : **TOUFAH SAHIL**

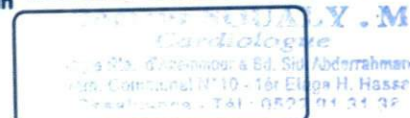
Date de naissance : **12/11/49**

Adresse : **Cité Jouda - Maroc - 11 N° 498 Cas**

Tél. **0611577353** Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12/11/2020**

Nom et prénom du malade : **TOUFAH SAHIL** Age : _____

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

Nature de la maladie : **ES**

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 : **12/11/2020**

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

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
01/10/2020	C	12	220 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02 2020	1414.65

[illegible][illegible]

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

[illegible]**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Echo - doppler Cardiaque - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le 01 FEB 2020

M^{re} JOUFAH ISMAÏL
 22, 24

Pharmacie Alind
 Lot Municipal Bloc 11
 N° 516 Bis, Hay Hassani
 Tél: 05 22 91 44 57 - Cas

- Defibrillateur
 30.20 x 4



2014

2014 x 4
 C U V E R A M



2014 x 4

Traitement de l'insuffisance

119.00

- L V A M I N E 280

- 280

- Oedèmes 200



Prix		LOT		PER	
86	09	22	119,00		

1414.60

LOT 191187
 EXP 04/2022
 PPV 52.80DH

الدكتورة اسوالي م.
Docteur SOUALY M.
Cardiologue
 Centre de soins et Rd. Sidi Abderrahmane
 N° 10 - 1^{er} Etage H. Hassan
 Tél: 05 22 91 31 38

Sur Rendez-vous

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10 1^{er} Etage Hay hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38 - GSM : 06 61 41 19 66

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

Peu fréquent (à

personne su
alentisse
aggravi
ensation
oubles
épressio
attemer
oubles
asthme
aiblesse

Rare (affecte
1 personne

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



118000 061847

démangeaison et rougeur de l'œil (conjonctivite).

tr 1000 mais moins de

(cardie),

Par a
u

- allergique ou amplifier la sévérité de ces réactions,
- une anesthésie (dans le cadre d'une intervention chirurgicale par exemple), car DÉTENSIEL peut avoir des effets sur la façon dont votre organisme réagit à cette situation.

Consultez votre médecin si l'une des situations ci-dessus vous concernent ou vous a concerné dans le passé.

Enfants et adolescents

Détensiel n'est pas recommandé chez les enfants ou les adolescents.

Prise d'autres médicaments

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez ou pourriez prendre tout autre médicament.

Ne prenez pas les médicaments suivants en même temps sans avoir consulté spécifiquement votre médecin

- certaines médicaments utilisés pour traiter l'arythmie cardiaque (comme le vérapamil, le diltiazem qui peuvent augmenter le risque de troubles du rythme)
- le fentanyl.

Demandez l'avis de votre médecin avant de prendre les médicaments suivants en même temps que Détensiel : votre médecin pourra vous recommander de contrôler votre état de santé plus fréquemment :

PER.: 10 2020

LOT : 19E001



KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

LOT : 19E001
PER.: 10 2020

118000 061847

Nom: TOUFAH ISMAIL

Date de naissance: 01/01/1949

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 2216N°6

Médecin: CARDIO SOUALLY M

Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 01/02/2020 11:58:09

1/1

