

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostic 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

ND: 26 953

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013205

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2325 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : LAMRI TOUSSAINT Date de naissance : 26/05/1953

Adresse : Habituée

Tél. : 0664 0815 00 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

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

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

Nature de la maladie : ..... *ORL*

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 : 05/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0013205

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....





ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

FPV 22DH4D  
EXP 11/2021  
LOT 98004 6

A  
S  
C  
Hypertension artérielle - F  
Holter tension  
IR  
ardi  
Méd  
anc  
pitau  
adie  
sseau  
ardiologie pé  
Duppi  
uve d'effort

59,00

## الدكتور سعيد الشرايبي

أستاذ في أمراض القلب  
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهولتر - الفحص بالجهد

Casablanca le :

5/4/20

59,00

Amni Mohammed 08410

H. ALAMI  
Pharmacie GHANDI  
63 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél : 02 36 21 32

4400x3/132,00

Cardia 6,25

1-0-0

(430000)

50,000x2/100

Dee phil 2,50

0-1-0

(430000)

22400

ASKARDIL  
254400-1-0

مركز عبد المومن - تقاطع شارع عبد المومن وشارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5<sup>ème</sup> étage, n°501 (au dessus du café Le Medina), Casablanca

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 - المستعجلات - Tél/Fax : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46 - الهاتف / الفاكس



# CARDIX<sup>®</sup> 6,25

Carvédilol

28 Comprimés

6,25  
mg

LOT: 101  
PER: AUT 2020  
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

# CARDIX<sup>®</sup> 6,25

Carvédilol

28 Comprimés

6,25  
mg

LOT: 133  
PER: MAI 2022  
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

# CARDIX<sup>®</sup> 6,25

Carvédilol

28 Comprimés

6,25  
mg

LOT: 144  
PER: OCT 2022  
PPV: 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

PHARMACIE GHANDI

G. H. ALAMI

63, Bd. Ghandi - Casablanca

Tél. : 05 22 36 21 32

PHARMACIE GHANDI

PHARMACIE GHANDI

G. H. ALAMI

63, Bd. Ghandi - Casablanca

Tél. : 05 22 36 21 32