

## 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 l'Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-481732

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01333

Société : RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHADI

Date de naissance : 16/04/1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDELMAZAK - CH. SA

Tél. 0661973497

Total des frais engagés : 335,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : MEGZARI ABDELHADI

Age : 68

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 02 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-481732

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 : 1333

Nom de l'adhérent(e) : MEGZARI

Total des frais engagés : 335,90

Date de dépôt : 02/06/2020

### 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
02/06/20	8			INP : 01011111

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER Nadia BENNIS Avenue Bd. Sir Anzarine et Ali Abdou Tél. 022-94-45-30 - CASABLANCA	02/06/20	335.90

### 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
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>31433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35833411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	31433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35833411	11433553	B	
	H																	
	25533412	31433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35833411	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



## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 02/06/2020

M. ABDELHAMID MEGZARI

49.80x2  
19.38  
SV  
1) FLAGYL Comprime Pellicule à 500 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours

16.00x2  
92.50x2  
2) TITANOREINE BT/12 SUPPOS

Mettre 1 suppositoire le matin et le soir, pendant 1 mois

3) TITANOREINE POMMADE T/100G

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 1 mois

4) MEGAFLOX Comprime Pellicule à 500 mg Bte 10 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 10 jours

T: 33590  
PHARMACIE HYPER  
Nadia BENNIS

Angle Bd. Bir Anzarane et Ali Abdouazak  
Tél : 022-94-45-30 - CASABLANCA

X  
Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98, Rue KADI IASS - MAARIF  
CASABLANCA  
Tél.: 0522 25 36 00

Lot  
Exp  
PPV

92,50

500

10

سيفوفلوراكس

عن طريق الفم

Megaflor<sup>®</sup> 500 mg  
10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



6 118000 060062

LOT : 19E002  
PER : 06 2024

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
احكام اللقائى المعينة

Respecter les doses prescrites

Flagyl 500 mg

عن طريق الفم - عن طريق الفم

20 قرصا مغلفا  
ميترونيدازول  
فلاجيل 500 ملغ

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



6 118000 060062

LOT : 19E003  
PER : 06 2024

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
احكام اللقائى المعينة

Respecter les doses prescrites

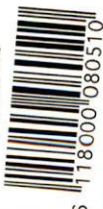
Flagyl 500 mg

عن طريق الفم - عن طريق الفم

20 قرصا مغلفا  
ميترونيدازول  
فلاجيل 500 ملغ

TITANORÉINE<sup>®</sup>

Titanoréine  
12 Suppositoires



Fabricé  
41, rue  
C. S. A. B.  
Amiens

LOT : 20G304  
PER : 11-22  
PPV : 16,00DH

TITANORÉINE<sup>®</sup>

Canagénérine - Dérivé de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CRÈME

LOT : 191630  
PER : 11-22  
PPV : 16,00DH

Lidocaïne 2%  
Crème



6 118000 080503

TITANORÉINE<sup>®</sup>

CRÈME

à la lidocaïne (2%)

Megaflor<sup>®</sup> 500 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 070610