

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-497698

ND: 29970

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2010 Société : RAM

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUDALA WAKID

Date de naissance : 09-08-52

Adresse : Residence FARAS n° 79 Agadir

Tél : 06 777 0664 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelmajid BELHAJ  
CARDIOLOGUE  
Avenue Moulay Abdellah  
Im. M1, Apt. 104 - AGADIR  
Tél : 05 28 84 52 51

Date de consultation : 16-06-20

Nom et prénom du malade : BOUDALA WAKID Age :

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

Nature de la maladie : 477/01 Diabète

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Agadir Le : 16/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-497698

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

Matricule : 2010

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



# 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
16/06/20	15,500		350,00	INP: [Signature]

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ALBERT</b> <b>BERDAI HOUHOU</b> Docteur en Pharmacie Avenue des FAR - AGADIR Tél: 05 28 84 44 43	16/06/20	3659,00

# 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.

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V.: 243,00 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V.: 243,00 DH

6 118001 183111

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pel b30  
P.P.V.: 243,00 DH

6 118001 183111

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V.: 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V.: 35DH70

6 118001 081189

KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V.: 35DH70

6 118001 081189

DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
PPV: 25 DH 00

6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
PPV: 25 DH 00

6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg  
(Digoxine)  
30 comprimés  
PPV: 25 DH 00

6 118001 040117

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E010  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E010  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E010  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E010  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

LOT: 19E009  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

RES

la nature des soins.

ement canaux, ainsi que le bilan d

P: [Signature]

ICIENT  
TRAVAUX

NTANTS  
SOINS

UTION

ITION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

CORALAN 7,5 MG B56  
PPV: 563DH00

11433552  
10000000  
G  
00000000  
11433553

nt, adjonction)  
nécessaire à la profession

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaa Casablanca  
Amarel 4 mg cp b 30  
P.P.V.: 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaa Casablanca  
Amarel 4 mg cp b 30  
P.P.V.: 68,80 DH

6 118001 081325

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



☒ valable 3 mois

Le 16/06/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

D<sup>r</sup> BELHAJ ABDELMATJID

Certifie que M<sup>lle</sup>, M<sup>me</sup>, M. :

BOUDAWA WAHID

Présente

#77 + diabète

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

16 JUN 2020  
D<sup>r</sup> Abdelmatjid BELHAJ  
Avenue Mohammed VI  
Imm. M. Abdelmatjid BELHAJ  
Tél : 05 22 84 52 51

**Docteur BELHAJ Abdelmajid**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de l'Université de Liège  
(Belgique)

**SPÉCIALISTE DES MALADIES DU  
COEUR ET DES VAISSEAUX**

Avenue Moulay Abdellah  
Immeuble M1 - Appartement N° 4  
Au-dessus de pharmacie BOUHDOUN - Agadir

Tél./Fax : B. 05 28 84 52 51 Agadir  
GSM : 06 61 14 58 36

**الدكتور بالحاج عبد المجيد**

خريج جامعة لييج (بلجيكا)

اختصاصي في أمراض  
القلب و الشرايين

شارع مولاي عبد الله عمارة م 1 - شقة رقم 4  
فوق صيدلية بوهودود - أكادير

هاتف العيادة والفاكس : 05 28 84 52 51  
الهاتف المحمول : 06 61 14 58 36

Agadir, le

16 JUIN 2020

أكادير في

*Kur-boudala wah*

**PHARMACIE AL MANZAR**  
BERDAL Hourrit  
Docteur en Pharmacie  
Avenue des FAR - Agadir  
Tel. 05 28 84 52 51



**DR. Abdelmajid BELHAJ**  
CARDIOLOGUE  
Avenue Moulay Abdellah  
Immeuble M1 - Appt. N° 4 - Agadir  
Tél : 05 28 84 52 51

*2500 x 3*

*24300 x 3*

*31500 x 3*

*56300 x 2*

*5770 x 1*

*3460 x 5*

*5880 x 3*

*3570 x 3*

*36590*

1) Digoxine = 1/4

2) Crestor 10mg

3) Coralan 75 = 14

4) Aldactone 50 mg

5) Lasix 40 mg =

6) Anard 4 mg =

7) Kardegre 160 mg = 1/4

المرجوا اصطحاب هذه الوصفة الطبية في الزيارة المقبلة

Prrière de rapporter cette ordonnance lors de la prochaine consultation

**ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg**

spironolactone

50 مغ  
الساكتون

سبيرونولاكتون

pharm

P. P. V: 570H70

LOT: B22816

EXP: 08.2021



12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12

**ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg**

spironolactone

50 مغ  
الساكتون

سبيرونولاكتون

pharm

P. P. V: 570H70

LOT: B22816

EXP: 08.2021



12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12



**ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg**

spironolactone

50 مغ  
الساكتون

سبيرونولاكتون

phzer

P. P. V: 570H70

LOT: B22816

EXP: 08.2021



12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12

**ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg**

spironolactone

50 مغ  
الساكتون

سبيرونولاكتون

phzer

P. P. V: 570H70

LOT: B22816

EXP: 08.2021



12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12



**ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg**

spironolactone

50 مغ  
الساكتون

سبيرونولاكتون

pharm

P. P. V: 570H70

LOT: B22816

EXP: 08.2021



12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12  
12/12

