

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.

Diologie 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

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 053635

☐ Optique

☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7472 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AKIL ABDERRAHIM

Date de naissance : 04-10-1958

Adresse : 31 Rue IBRAHIM HABBOS MAARIF CASABLANCA

Tél. : 06 78 27 59 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farid SLAOUI
Rés. Benher Angie Avenue Stendhal
et Rue George Sand Maarif - Casablanca
Tél: 0522 98 93 56

Date de consultation : 21/05/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 21/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053635

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 : 7472

Nom de l'adhérent(e) : AKIL ABDERRAHIM

Total des frais engagés :

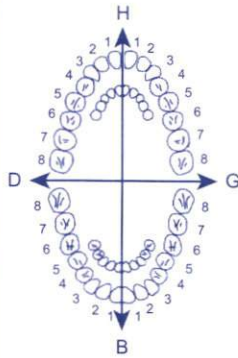
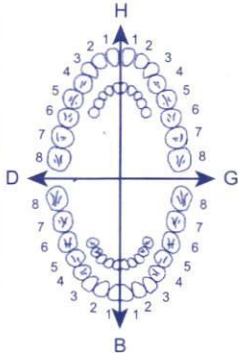
Date de dépôt :

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
21/05/2020	9 + ECG		25000	

[illegible][illegible][illegible]

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FARID SLAOUI

الدكتور فريد السلاوي

Médecin Omnipraticien
Diplômé d'Echographie Générale Paris
Diplômé en médecine du Travail
Expert Assermenté près les Tribunaux

شهادة الفحص بالصدى المتنوع
جامعة باريس
خبير محلف لدى المحاكم
إختصاصي في طب الشغل

Casablanca, le

21/5/22

الدار البيضاء، في

Dr. Farid SLAOUI
Rés. Ben Ber Angle Avenue Stendhal
et Rue Georges Sand Maârif - Casablanca
Tél: 0522 98 93 56

Assurance

150,40

Vastaref



99,18

sa us



Nafurep

Pharmacie VITA - SARLAU
Tél: 05 22 98 13 43
Fax: 05 22 98 14 41
pharmacie@vita-sarlau.ma
461, Rue Ibrahim El-Khatib
MARA 2 PHARMACIE 17° CHIMIE MAARIF - CA.

49,40

Amep Sing



298,80

1001

Dr. Farid SLAOUI
Rés. Ben Ber Angle Avenue Stendhal
et Rue Georges Sand Maârif - Casablanca
Tél: 0522 98 93 56

إقامة بنبر ملتقى شارع شونزال و ريف جورج ساند عمارة أ - الطابق الأول - المعاريف - الدار البيضاء
Rés. Ben Ber Angle Avenue Stendhal et Rue Georges Sand, Immeuble A- 1^{er} Etage - Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 25 83 85/0522 98 93 56 : الهاتف - Fax : 05 22 98 93 53 : الفاكس

150, 40

(50 X 28 X 114) mm

NOTICE : INFORMATION
TAR

modifiée

Ne prenez pas ce médicament
sans l'avis de votre médecin ou pharmacien.

- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Les maladies sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou pharmacien. Ce médicament n'a pas été mentionné dans cette notice. Voir rubrique « Effets indésirables ».

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?
3. Comment prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. QU'EST-CE QUE VASTAREL 35 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

AUTRE MÉDICAMENT EN CARDIOLOGIE À VISÉE ANTI-ANGINEUSE

Codé ATC : C01EB15

Ce médicament est préconisé chez l'adulte en association à d'autres médicaments, dans le traitement de l'angine de poitrine (douleur de la poitrine due à une maladie coronarienne).

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT DE PRENDRE VASTAREL 35 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ À LIBÉRATION MODIFIÉE ?

Ne prenez jamais VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée :

• Si vous êtes allergique à la trimétazidine ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament,

• Si vous avez une maladie de Parkinson : maladie du cerveau affectant les mouvements (tremblement, raideur de la posture, mouvements lents, démarche déséquilibrée avec une tendance à trainer les pieds),

• Si vous avez des problèmes rénaux graves.

AVERTISSEMENTS ET PRÉCAUTIONS

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VASTAREL 35 mg, comprimé pelliculé à libération modifiée.

mine

MB757 0123

LOT

PER.

Prix

99.00

300 mg
ne B₆
T SANS SEL

nt :

300 mg
2 mg

onctionnement du cœur, des nerfs, des
du métabolisme de l'organisme.
m et de vitamine B₆, permet de couvrir