

# 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 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

- 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.

M22-0059969

178819

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01A90 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MALAL Mohamed Fakil

Date de naissance : 17-08-1947

Adresse : Lotissement El Menzah Ville 4<sup>e</sup> -

Casablanca

Tél. : 0661105403 Total des frais engagés : 108C,60DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. M. A. LAABI  
CARDIOLOGUE

Rés. RIBH "Dr. Aït Azzarane"  
Rue Said Achaoui La Côté de Agence INWI  
Quartier Mériem Casablanca

Date de consultation : 26/09/2023

Nom et prénom du malade : EL ANTRI RAJA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 26/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/09/23	65 + 626	300 dh	300 dh	DR. M. A. CARDI Rés. Riad "l'Angle" Bd Bir Anzar Rue Cardi Achour la Côte de Agence INVEST Quartier Maârif - Casablanca Tel: 0522 99 70 88 - Fax: 05 22 99 20 81

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABBEDEH RAME SKIREDJ Roudouane 15-16 rue Kergomar Résidence 1001 Casablanca - Tel: 0522 78 20 01	26/09/23	786,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

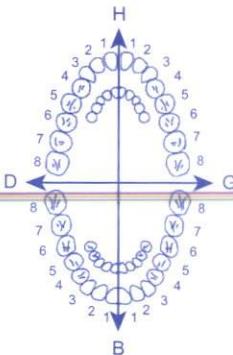
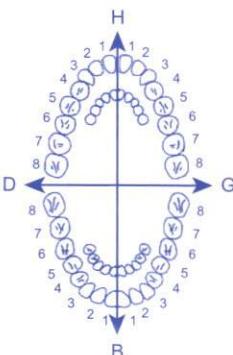
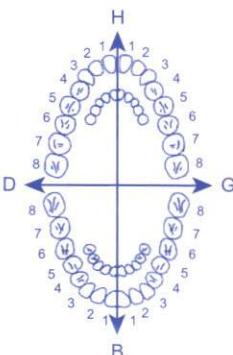
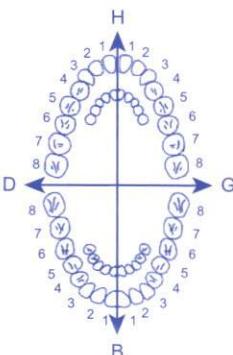
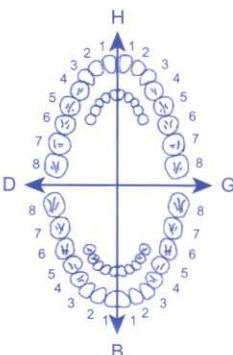
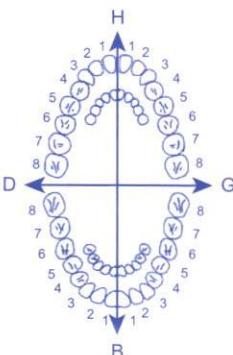
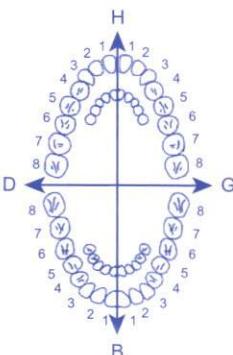
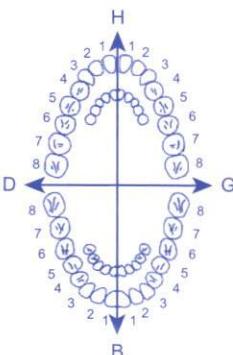
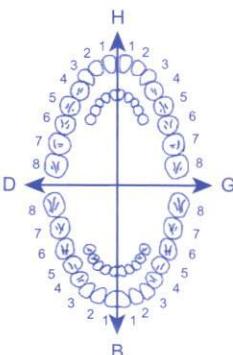
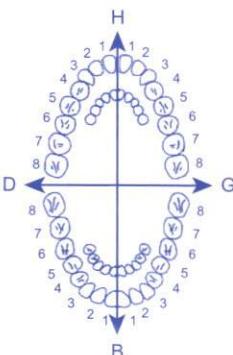
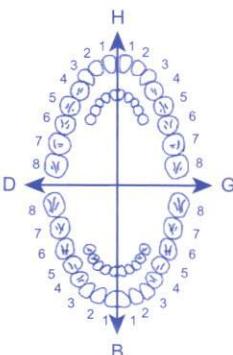
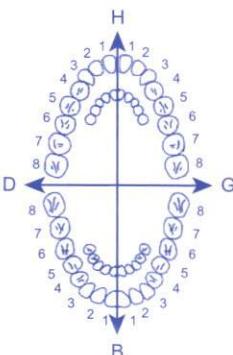
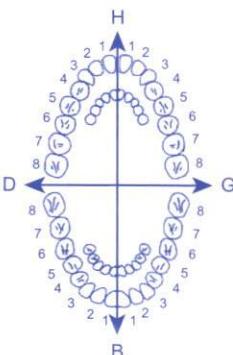
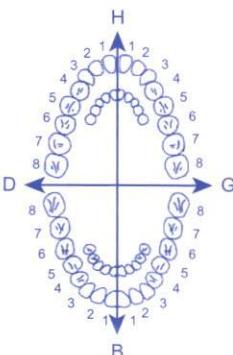
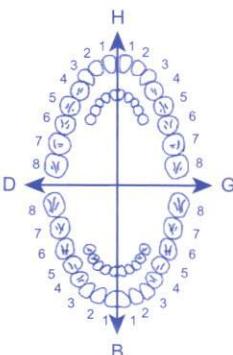
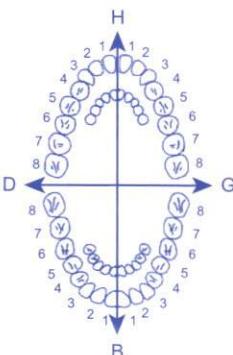
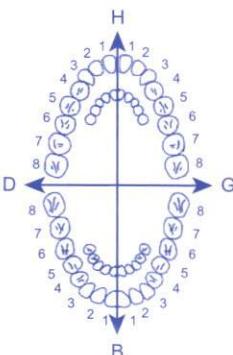
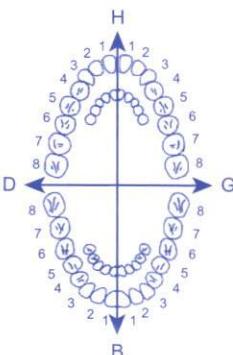
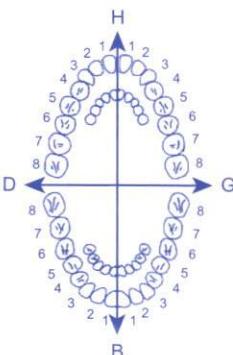
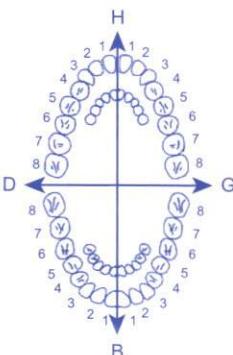
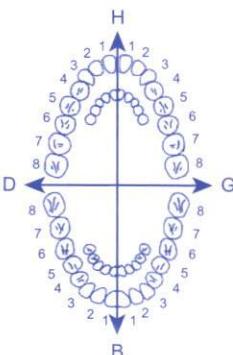
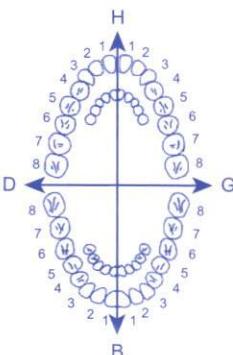
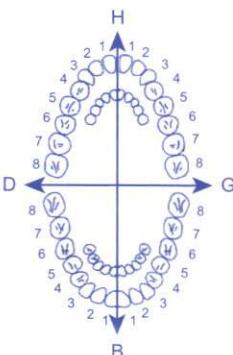
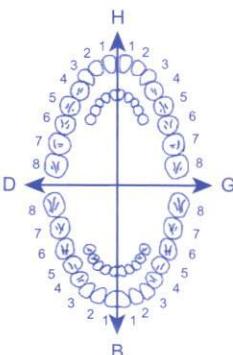
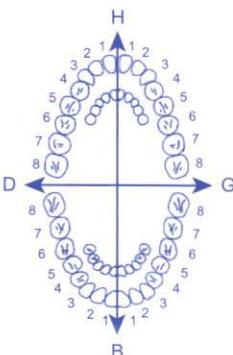
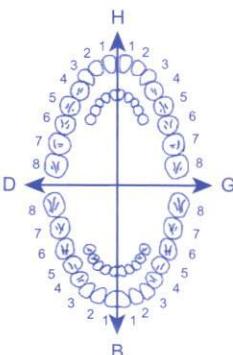
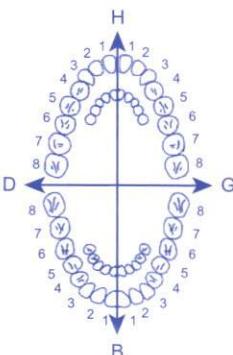
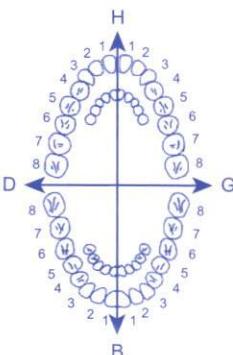
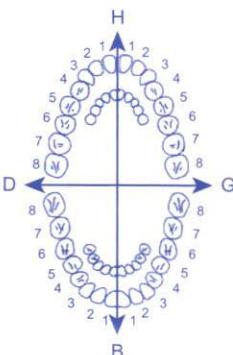
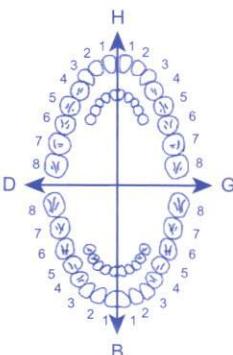
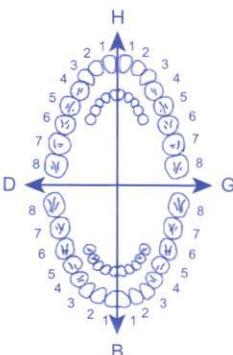
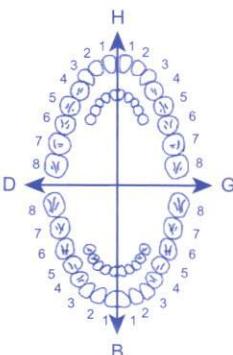
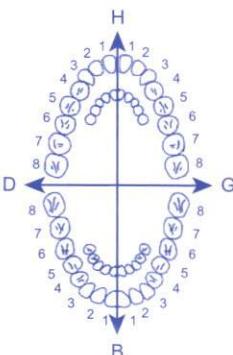
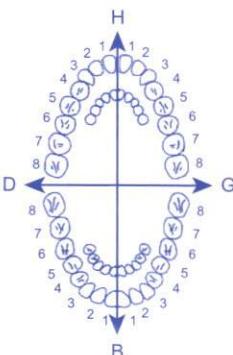
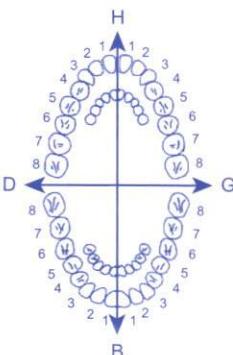
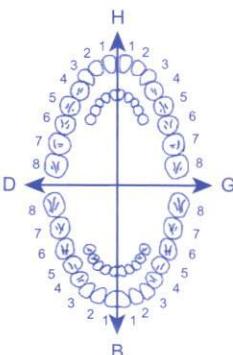
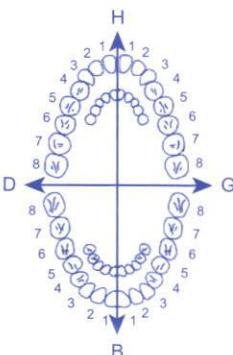
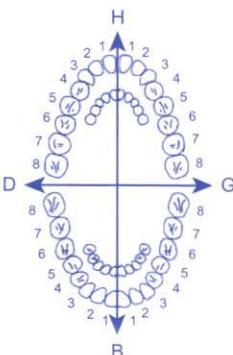
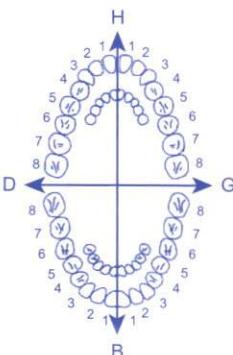
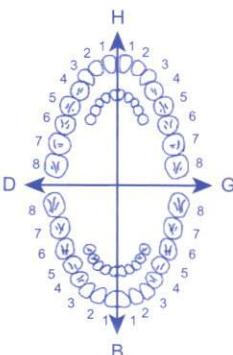
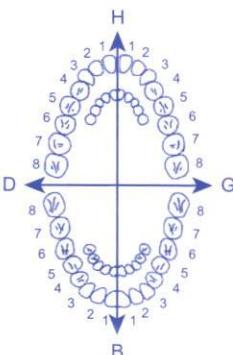
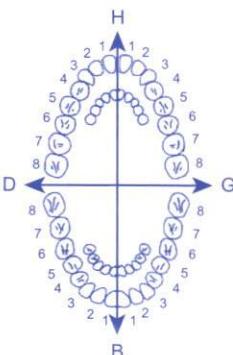
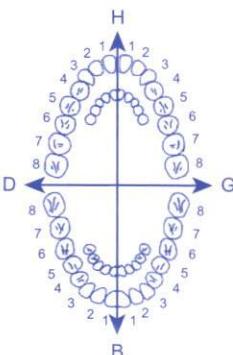
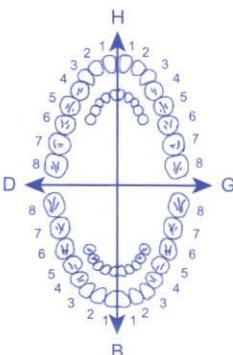
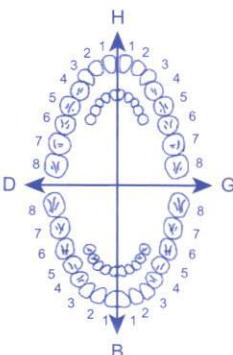
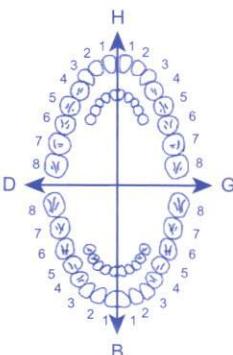
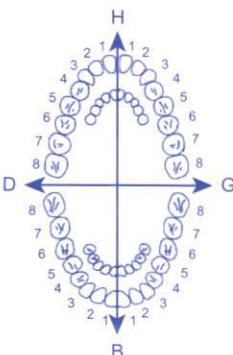
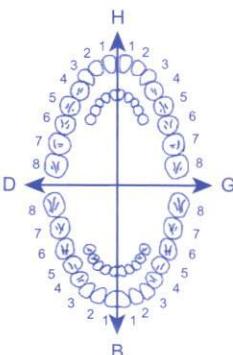
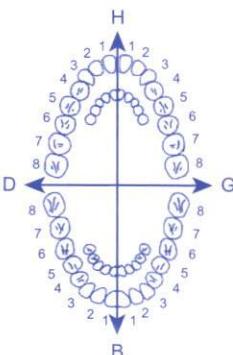
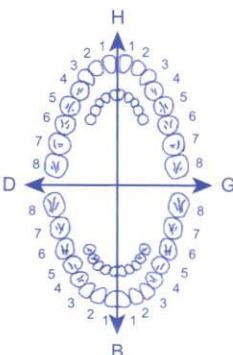
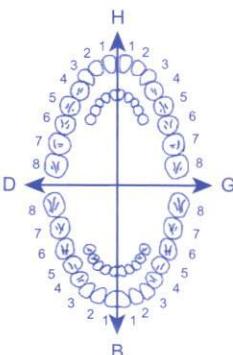
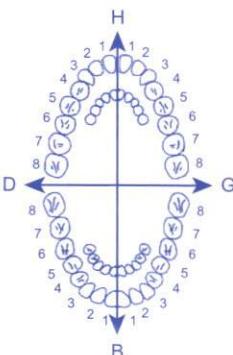
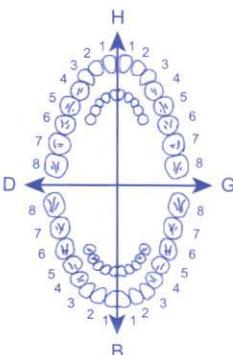
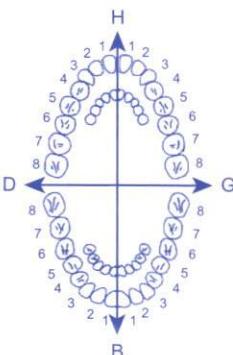
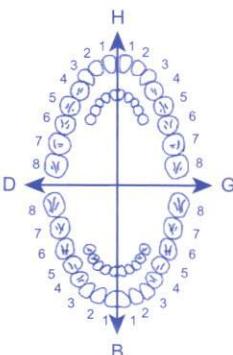
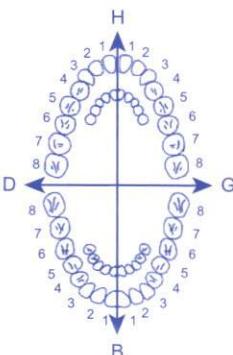
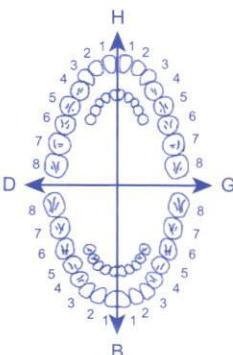
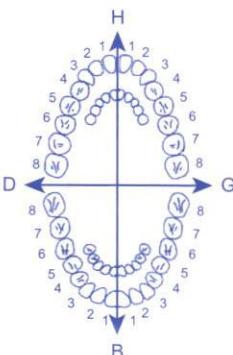
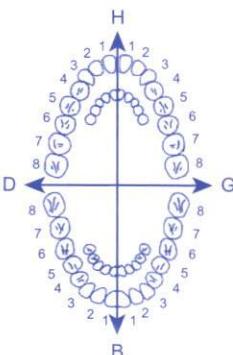
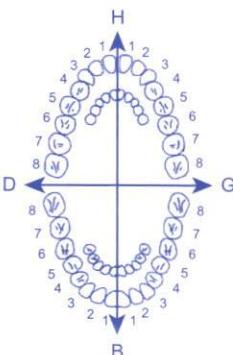
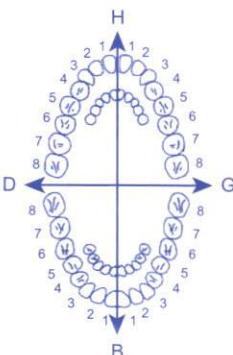
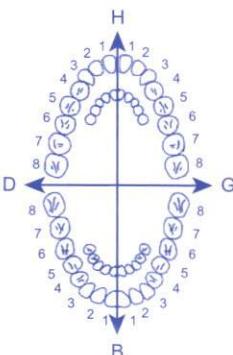
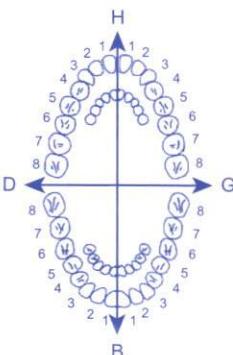
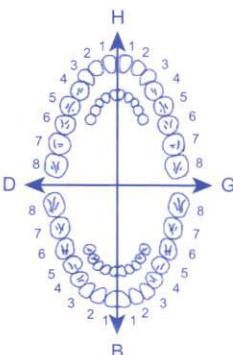
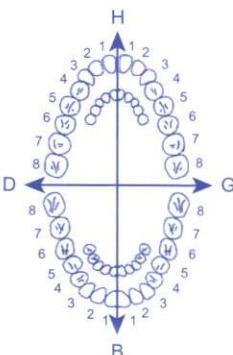
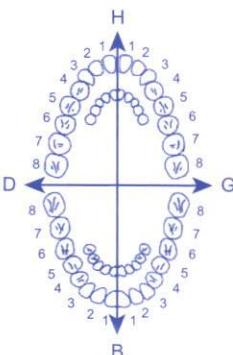
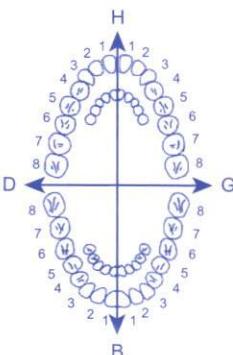
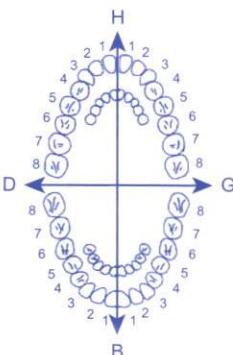
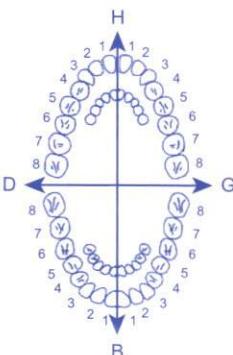
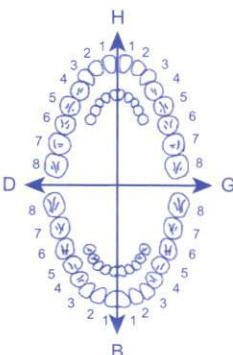
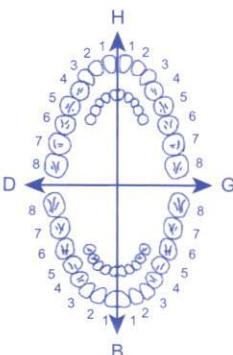
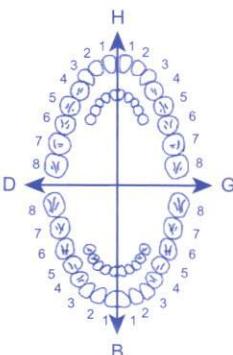
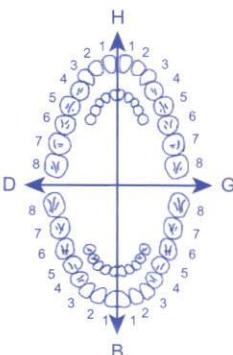
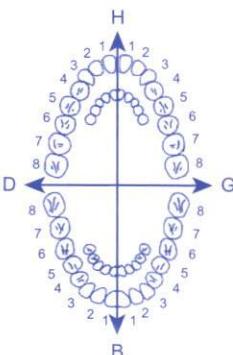
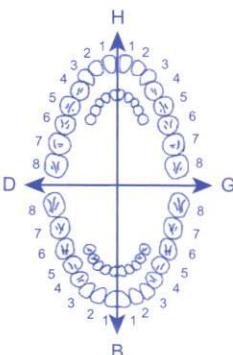
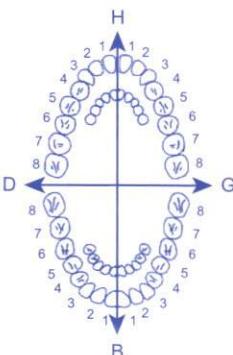
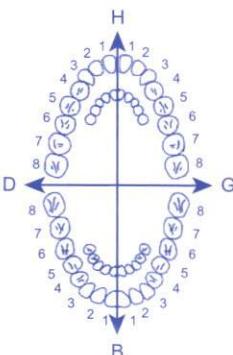
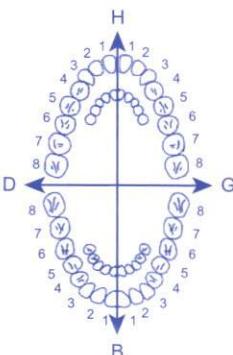
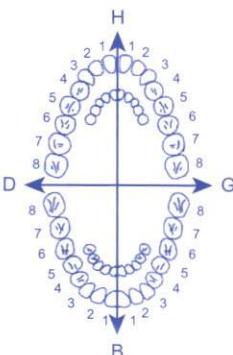
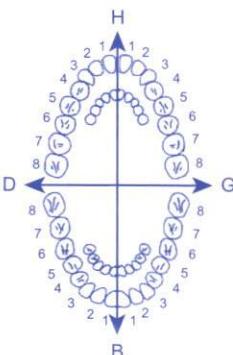
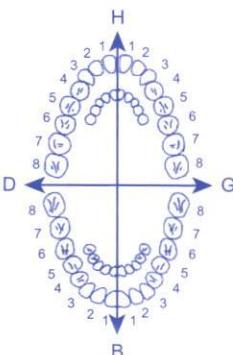
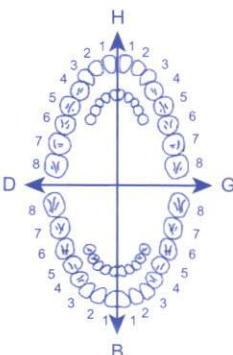
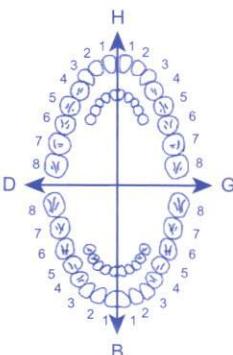
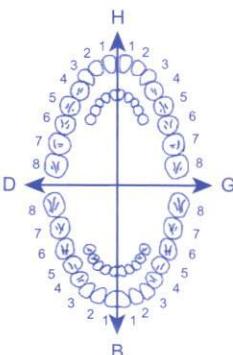
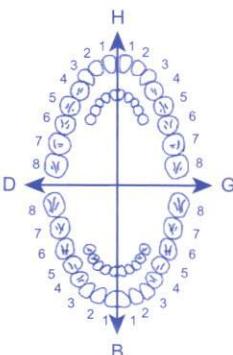
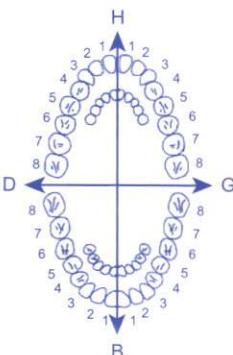
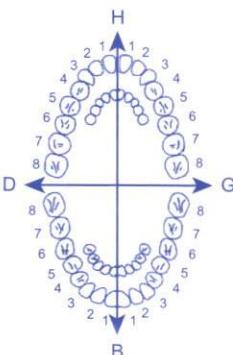
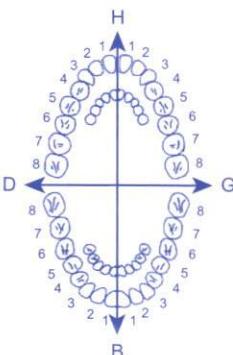
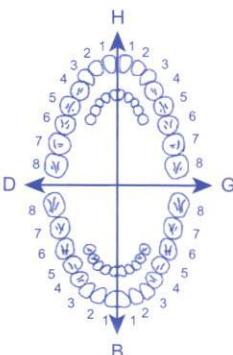
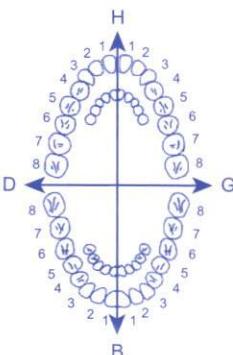
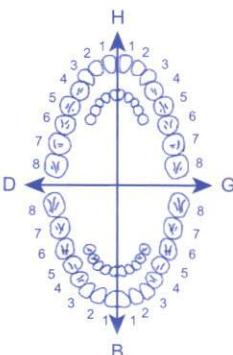
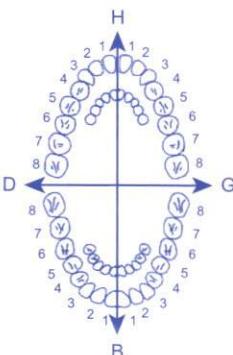
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

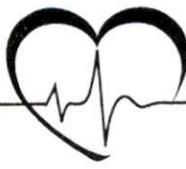
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
				
(Création, remont, adjonction)				DATE DU DEVIS
				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DE L'EXECUTION
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
				
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Labels H, G, and B are positioned above the upper arch." data-bbox="53				

# CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

## عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

## CARDIOLOGUE Cardiologie Générale et Interventionnelle

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
و علاج القلب التداخلي

26/09/2023

RE ANTRI RP NATALIA  
RAJA

1- EXFORGE 5180wg      }  
  <sup>all</sup>  
ext- Suliot 5180wg      } ~~all~~  
  <sup>all</sup>  
  un cpl; ushu      } basis

2472 2 - Zephox son  
1 cpl; 3-  
21<sup>w</sup> 3 - Febonec S.V.  
1 x 2 | i 8

29.5° 4- Fibopolis since  
low & 31°  
786,60

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achтар, ( A côté Agence Inwi) 1er étage Quartier Maârif - Casablanca  
إقامة ربع «د» زاوية شارع بيرانزارن وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعرف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

6

118000 072379



28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg

من طريق الفم



سوليات

فالزارتان / أصلودين



ASR 160

6

118000 072379



28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg

من طريق الفم



سوليات

فالزارتان / أصلودين



ASR 160

6

118000 072379



28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg

من طريق الفم



سوليات

فالزارتان / أصلودين



ASR160

6

118000 072379



28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg

من طريق الفم



سوليات

فالزارتان / أصلودين



ASR 160

Pfizer

# ذيترووماكس

أزيتروومسين

500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV.: 10 2022

P.P.V.

79 70

LOT N° : G T 0 5 3 5

# FEBREX®

Adulte



- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



**Pharmed**  
Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

PHARMED | LOT : 4062  
UT.AV: 05-26  
PPV:21DH00

# فتُوكاليسن®

محلول للشرب



للكبار

صمغ النحل

الإيكيناسيما

الزعتر

فيتامين C

يساعد على تهدئة  
المجرى التنفسية  
وتلطيف الحلق

150 مل

MEDIPRO  
PHARMA



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot: 220711

A consommer  
de préférence avant le: 07/2025

PPC: 79,50 DH

