

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angin 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° W19-445101

*coeur*

01

☐ Maladie ☒ Dentaire **23963** ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05102

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL KHAZRAJ Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 061878316

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 confidentiels 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-445101

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 : .....



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
04/02/20	C7	C7	250 DH	INF : 071169759 Dr SARA DILAI Spécialiste des maladies du cœur Appel et des maladies du cœur Abdelkrim El Khattabi Tel / Fax : 05 25 291 293

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. SEMMAR Jihane Pharmacie Ouhoud 294, Lot Massmoudi Targa - Marrakech Tél : 05 25 08 56 55 INPE : 072073844	04/02/20	1546,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaille 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 prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	25533411	11433553																
	B																	
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la prothese			MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DATE DU DEVIS [ ]														
			DATE DE L'EXECUTION [ ]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



122,10

LOT N°: 2 0 4 9 0 6

39,30

UT. AV.: 0 9 2 1

P.P.V 3 9 3 0

LOT N°: 1 2 0 9 4 5 7

39,30

UT. AV.: 0 9 2 1

P.P.V 3 9 3 0

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

Lot n° :

EXP :

PPV :

157,10

122,10

122,10



**Dr. DILAI SARA**

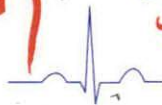
**Spécialiste des maladies du Cœur  
et des vaisseaux**

- Echocardiographie doppler
- Holter tensionnel
- Holter Rythmique
- Epreuve d'effort



**الدكتورة ديلالي سارة**

**إختصاصية في أمراض القلب  
والشرايين**



- الفحص بالصدى الصوتي
- قياس دقات القلب والضغط الدموي على المدى الطويل
- إمتحان الجهد

Marrakeh, le : *24/04/2014*

**Facture N 1**

**Nom EL KHAZRAJI**

**Prenom MOHAMED**

**CONSULTATION**

**250 DH**

**Dr SARA DILAI**  
Spécialiste des maladies du cœur  
et des vaisseaux  
Appt. n° 1, Imm. 5 Angle Allal El Fassi  
et Abdelkarim El Khattabi - Marrakech  
Tél / Fax : 05 24 291 293

  
**KARDE**Acétylsal  
pour**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS 830**LOT : 19E001  
PER : 10 2020  
P.P.V : 35DH70**QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**

ACÉTYLSALICILATE DE DL-LYSINE 288 mg (quantité correspondante en acide acétylsalicylique : 160 mg).  
Excipients : Glycocolle, arôme mandarine, glycyrrhizinate d'ammonium.

**c) FORME PHARMACEUTIQUE**

Poudre pour solution buvable; Sachet-dose ; boîte de 30.

**d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE**

ANTI-THROMBOTIQUE/INHIBITEURS DE L'AGREGATION PLAQUETTAIRE, HEPARINE EXCLUE.

**2. DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?****(Indications)**

Ce médicament contient de l'aspirine, mais ce dosage est plus adapté pour le traitement de certaines affections

**SANOFI** 

d'utilisations extrêmement limitées, et qui justifient une surveillance spécialisée, tout médicament à base d'aspirine est **CONTRE-INDIQUE** à partir du 6ème mois de la grossesse (cf. Grossesse et Allaitement).

Ce médicament **NE DOIT GENELEMENT PAS** être utilisé sauf avis contraire de votre médecin, en cas de : - goutte, - règles ou saignements gynécologiques anormaux, - traitement concomitant par les anticoagulants oraux (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à faibles doses) ou par l'héparine, les uricosuriques, ou d'autres anti-inflammatoires (notamment lorsque l'aspirine est prescrite à des doses > 3g/j) (cf. rubrique Interactions médicamenteuses et autres interactions). L'allaitement est déconseillé pendant le traitement (cf. Grossesse et Allaitement).

**b) PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Il est important de signaler à votre médecin certains problèmes de santé ou situations : - maladie des reins, - asthme, - antécédent d'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou d'hémorragies digestives, hypertension artérielle, - diabète, - port de stérilet.

L'aspirine augmente les risques hémorragiques et ceci dès les très faibles doses et même lorsque la prise date de plusieurs

\* VIGNETTE  
**NEBILET® 5mg**  
28 comprimés  
PPV 162DH60

**EBILET**

...ement l'intégralité de cette notice  
ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

**NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable**

**La substance active est :**

Néбивол ..... 5,00 mg  
Sous forme de chlorhydrate de néбивол ..... 5,45 mg  
pour un comprimé quadrisécable

**Les autres composants sont :**

Polysorbate 80, hypromellose, lactose monohydraté, amidon de maïs, croscarmellose sodique, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium.

**Titulaire**

**BERLIN CHEMIE AG, SITE ADLERSHOF**

Glienicker Weg 125 - 12489 Berlin - ALLEMAGNE

**Fabricant**

**BERLIN CHEMIE AG, SITE ADLERSHOF**

Glienicker Weg 125 - 12489 Berlin - ALLEMAGNE

**1. QU'EST-CE QUE NEBILET 5 mg, comprimé quadrisécable**

**ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?**

Ce médicament se présente sous la forme d'un comprimé quadrisécable en boîte de 28 comprimés.

Ce médicament est un bêta-bloquant sélectif.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle (d'origine inconnue).