

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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

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 73 18 - www.mupras.com



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 068027

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02472

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 12 Rue Vigny et Dinant Res Kassem APP 28  
Bélvédère - Casa

Tél. : 0664 901841 Total des frais engagés : 1073,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Badie Azzaman MEHADJI  
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire  
Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mme DOUKKALI Oum Keltoun

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Céphalées

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.

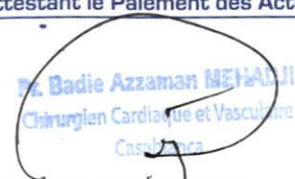
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa


Le : 25/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
	C3	C3	Gratuit	 <p>Dr. Badie Azzaman MEHALI Chirurgien Cardiaque et Vasculaire</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AL MASSIRA Dr. Mme. BENMOUR Tél: 05 22 24 80 54 Fax: 05 22 24 85 44</p>		1073,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

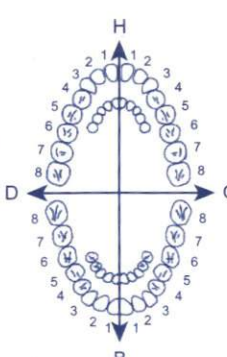
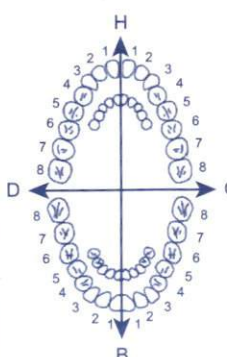
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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

CLINIQUE DU COEUR



CASA - OASIS

مصحة القلب الدار البيضاء الوازيس  
CLINIQUE DU COEUR CASA - OASIS

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Coro-Scanner / VCT 64 barettes

Casablanca le 25/10/2021

**CARDIOLOGUES**

Dr. Jihane EL JAOUHARI

Dr. Karim BENJELLOUN

Dr. Abdellatif DARIF

Dr. Naima MAAROUFI

Dr. Hosni SEFRIQUI

Mme DOUKKALI Oum Keltoum  
épouse GUEDDARI

Régime diabétique sans sel.

Co-Anginib 50/12,5 lte de 60 n°1  
205.00 x 3 comp. par jour le matin

Zithromax 500 n°1

Fy. Fox 1 comp. par jour x 3 jours

Ventoline 100 µg suspension n°1  
45.30 x 2 1 inhalation 4 fois par jour

Ventoline 0,5% solution n°1  
29.50 1 ml dans 3 ml de sérum

D. Cure Forte n°1  
49.60 x 2 1 amp. buvable tous les 15 jours

Carbelax n°1  
79.50 1 comp. 3 fois par jour -

1073.20

PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue France Ville - Oasis  
Dr. Mme. Badie Azzaman NEHADJI  
Tél: 05 22 24 80 54  
Fax: 05 22 24 85 44

PHARMACIE AL MASSIRA  
51, Rue France Ville - Oasis  
Dr. Mme. Badie Azzaman NEHADJI  
Tél: 05 22 24 80 54  
Fax: 05 22 24 85 44

Pr. Badie Azzaman NEHADJI  
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire  
Casablanca

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg  
60 Comprimés



6 118000 051060

LOT: 274  
PER: DEC 2022  
PPV: 205 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg  
60 Comprimés



6 118000 051060

LOT: 283  
PER: JAN 2023  
PPV: 205 DH 00

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg  
60 Comprimés



6 118000 051060

LOT: 268  
PER: OCT 2022  
PPV: 205 DH 00

ZITHROMAX 500 mg  
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 12 2022

P.P.V.

79 70

LOT N°: 1299976

ZITHROMAX 500 mg  
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: 12 2022


P.P.V.

79 70

LOT N°: 1299978



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

ID: 646652  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 29,50 DH



6 118001 141296



6 118001 320103

Remboursable

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E27  
EXP: 05/2023



6 118001 320103

Remboursable

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

# Carbolax®



Prendre à 3 fois par jour après les repas avec un grand verre d'eau.

Respecter les doses conseillées. À utiliser pendant de courtes périodes, et ponctuellement, en fonction des besoins, sans dépasser 6 jours. L'usage prolongé est déconseillé. Déconseillé aux enfants de moins de 12 ans, aux femmes enceintes et allaitantes. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. À conserver au frais, au sec et à l'abri de la lumière. Tenir hors de la portée des enfants.

Les compléments alimentaires doivent être utilisés dans le cadre d'un mode de vie sain et ne pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié et équilibré.

## INGRÉDIENTS

Charbon végétal, sucre, poudre de feuilles de séné (*Cassia angustifolia*), extrait de racine de rhubarbe (*Rheum palmatum*), anti-agglomérant : talc, épaississant : gomme arabique, arômes : huile essentielle de feuilles de menthe, huile essentielle de graines de fenouil.



Laboratoire tradiphar  
176 rue de l'arbrisseau - 59000 Lille - France