

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ication :

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.

aire :

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.

die 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 081213

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2089** Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-81213

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 :

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 R-Z = Electro-Radiologie
 B = Analyses

POUR L'ADHÉRENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PRÉVENTORIUM
 - SÉJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux comportant un ou plusieurs échelons
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPÉDIE
 - LA REEDUCATION
 - LES ACCOUCHEMENTS
 - LES CURES THERMALES
 - LA CIRCONCISION
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

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

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857/
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.cc

FEUILLE DE SOINS 728678

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : ADDOU MILoudi
 Matricule : 2089 Fonction : Retraite Poste :
 Adresse : BLOC S NR 31 LAKHYAM 2 AGADIR
 Tél. : 0528220029 Signature Adhérent : ADDOU

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL KAZMOUNI KHADJJA Age : 111111

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 19-11-21

Nature de la maladie : HTA

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A AGADIR le 19.11.21
 Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
 Dr. Abdellah BELHAJ
 CARDIOLOGUE
 Avenue Moulay Abdellah
 Imm. M1, Annexe M1, Agadir
 Tél: 0528220029

RELEVE 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
19.11.21	bst + Ecl.		350,00 dt	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAAZIB Dr. KSIKES Ahmed 304, N°22 Amsernat Agadir Tel : 05.28.22.09.74	13. M. 2021	481.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Omar El ASRI Laboratoire d'Analyses Médicales Tel : 05 28 234 235 - Fax : 05 28 234 236 E-mail : labonlasri@gmail.com	24/10/2021	81320	1.000,00 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 BOUHDOUD - Agadir

Tél./Fax : B. 05 28 84 52 51 Agadir

GSM : 06 61 14 58 36

الدكتور بال حاج عبد المجيد

خريج جامعة لیيج (بلجيكا)

اختصاصي في أمراض

القلب والشرايين

شارع مولاي عبد الله عمارة م - شقة رقم 4

فوق صيدلية بوهود - أكادير

هاتف العيادة والفاكس : 05 28 84 52 51

الهاتف المحمول : 06 61 14 58 36

Agadir, le

19 NOV. 2021

أكادير في



MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

168.80 x 2



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

72.0 x 2

1. 481.60

Dr. Abdelmajid

BELHAJ
CARDIOLOGUE
Avenue Moulay Abdellah
Immeuble M1 Appart. N°4 - AGADIR

الرجوا اصطحاب هذه الوصفة الطبية في الزيارة المقبلة

Prière de rapporter cette ordonnance lors de la prochaine consultation

PHARMACIE LAAZIR
Dr. KSIKES Ahmed
304, N°22 Amsernat Agadir
Tél : 05.28.22.09.74



MICARDIS 40mg
(Telmisartan)
28 comprimés

BOTTU S.A.

PPV : 168 DH 80

P032001-00

DETENSIEL® 10 mg, comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol fumarate

MERCK

DETENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

7862160236

Distribué par Cooper Pharma

Voie orale

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à 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.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. Qu'est-ce que Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable et dans quels cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?
3. Comment prendre Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Détensiel 10 mg, comprimé pelliculé sécable ?
6. Informations supplémentaires.

La posologie doit être adaptée individuellement. La dose habituelle pour les adultes est de un comprimé de Détensiel 10 mg, une fois par jour.

Dans les cas sévères, la dose peut être augmentée à 20 mg une fois par jour.

Dans tous les cas, la posologie doit être adaptée individuellement et progressivement, en fonction notamment de la fréquence cardiaque et de la réponse au traitement.

Durée du traitement

Le traitement par Détensiel est généralement un traitement au long cours.

Posologie chez les patients présentant une insuffisance hépatique et/ou rénale

Aucune adaptation posologique n'est généralement nécessaire chez les patients présentant des troubles de la fonction hépatique ou rénale de sévérité légère à modérée.

Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 20 ml/min) et chez les patients présentant des troubles sévères de la fonction hépatique, la dose maximale est de 10 mg par jour.

Posologie chez les personnes âgées

Le traitement

Docteur BELHAJ Abdelmajid

Cardiologue Diplômé de l'université
de LIEGE

Agadir, le

19 - 11 - 21

Avenue Moulay Abdellah
Immeuble M1 - Appartement N°4
Tél./Fax : B. 05 28 84 52 51 AGADIR
ICE : 001679340000082

Note d'Honoraires

Concerne

: M. EL KAZMOUNI KHADJA

- Consultation 250,00 =

- Visite 100,00

- Electrocardiogramme 100,00 =

- Echo-doppler 100,00

- Cardiaque 100,00

- Vasculaire 100,00

- Holter Rythmique 100,00

- Holter Tentionnel 100,00

- Autres 100,00

350,00 =

Total

3500 cent en sus sur le

Arrêtée la présente note à la somme de :

Dinhem S

Dr. Abdelmajid BELHAJ
CARDIOLOGUE
Avenue Moulay Abdellah
Immeuble M1 - Appartement N°4 - AGADIR
Tél./Fax : B. 05 28 84 52 51

Docteur BELHAJ Abdelmajid

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université de Liège
(Belgique)

SPECIALISTE DES MALADIES DU
CŒUR ET DES VAISSEAUX

Avenue Moulay Abdellah
Immeuble M1 - Appartement N°4
Au-dessus de Pharmacie BOUHDOUD
Tél./Fax: B. 05 28 84 52 51 AGADIR
GSM : 06 61 14 58 36

الدكتور بال حاج عبد المجيد

خريج جامعة ليج (بلجيكا)

اختصاصي في أمراض
القلب و الشرايين

شارع مولاي عبد الله عمار 1- شقة رقم 4
فوق صيدلية بوهدود - أكادير

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

Agadir, le 17/07/2011 في أكادير

BILAN BIOLOGIQUE

Nom / Prénom :

Age :

Sexe: H F

- NFS
- Plaquettes
- V5
- CRP
- Hémoculture
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- Protéinurie des 24h
- ECBU
- Antibiogramme
- TSH

- PSA
- Glycémie à jeûn
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée
- Acide urique
- Ca++
- Phosphore
- Na+
- Urea
- Créatinine
- Pro BNP
- Vit D
- Troponine

Labo

BELHAJ
SRL
Dr. O. EL ASRI
Tél. : 05 28 234 235
e-mail : labo.belhaj.srl@gmail.com

Dr. Abdelmajid BEL
CARDIOLOGIE
Avenue Moulay Abdellah
Immeuble M1, Appartement N°4 - AGADIR
Tél : 05 28 84 52 51

مختبر الدكتور العسري للتحليلات الطبية Laboratoire Docteur El Asri de Biologie Médicale

الدكتور عمر العسري

Dr. Omar El ASRI

Pharmacien biologiste

D.E.S en Biologie clinique

D.U de contrôle de qualité

Université Bordeaux



FACTURE: 8505/2021

AGADIR le

24/11/2021

Nom et prénom

MME EL KAZMOUNI KHADIJA

Référence

19K463

Médecin prescripteur

Docteur BELHAJ ABDELMAJID

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMAGRAMME	80
CRP.C- REACTIVE PROTEINE	100
BILAN LIPIDIQUE CHOT+TRI+HDL+LDL	190
TRANSAMINASES GOT+GPT	100
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	250
GLYCEMIE A JEUN	30
ACIDE URIQUE SERIQUE (URICEMIE)	30
CALCIUM SERIQUE (CALCEMIE, CA)	30
POTASSIUM SERIQUE (KALIEMIE, K)	30
CREATININE SERIQUE	30
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
 Total du (B)	 B 1320
Prise de sang (PC)	15,00 DH
Montant en DH	1 050,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Labo

CE: 00191304500097
IF: 20761113
NP: 043062280

Labo EL ASRI
D'analyses Médicales
Dr. Omar El ASRI
Tél: 05 28 234 235 - Fax: 05 28 234 231
e-mail: laboelasri@gmail.com