

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21-0030917

101503

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3201 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASM NAZHA

Date de naissance : 15/11/1955

Adresse : 13 Rue Lavesque

30ème étage CASM

Tél : 066 120 9997 Total des frais engagés : 4524,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Marouane HAKAM  
Médecine générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél : 05 22 25 87 48 - INPE : 001237702

Date de consultation : 25 / 01 / 2022

Nom et prénom du malade : Mme NAZHA ASM Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Trouble digestif + Affection respiratoire

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 : CASM

Signature de l'adhérent(e) :

Le 28 01 / 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
25/11/22	C7	C7	545,30	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/22	545,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

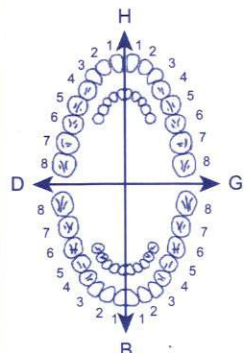
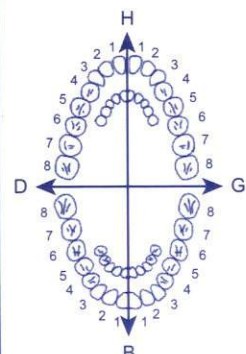
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan d

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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXE

# Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca

الدكتور مروان حكام

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء

OMNIPRATICIEN

طبيب عام

Gériatrie – Gériatologie  
Suivi des maladies chroniques  
Troubles du sommeil  
Douleurs chroniques

Echographie  
Electrocardiographie

طب الشيخوخة  
متابعة الأمراض المزمنة  
اضطرابات النوم  
الآلام المزمنة

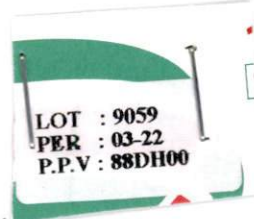
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب

Casablanca, le ..25/01/2022.....

## ORDONNANCE

Nom et prénom **MME ASMI NEZHA**

- A990** • **Kalmagas - Comprimé**  
2 comprimés, matin, midi, soir, pendant 1 semaine si besoin
- 76,50**  
**1x2** • **Nalgesic 300 mg - comprimé pelliculé**  
1 Comprimé, matin, soir si douleur
- 58,40** • **Solupred 20 mg - comprimé effervescent**  
3 comprimés, matin, pendant 5 jours
- 88,00** • **Neoclav 1 g/125 mg - poudre pour suspension buvable**  
1 sachet, matin, midi, soir, pendant 8 jours
- 49,00** • **Naturlax - Gélule**  
2 gélules, soir avant coucher
- 68,60** • **Hepanat - Comprimé**  
1 Comprimé, matin, soir au besoin
- 48,40** • **Gaviscon advance (menth) - sirop**  
1 cuillère, matin, midi, soir au besoin
- 545,30** • **Cetamyl 1000 mg - comprimé effervescent**  
1 Comprimé, ttes les 6h



PHARMACIE MARHABA  
André ACHOUR  
61, Av. des Palmiers - Casablanca  
Tel : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 09

Docteur Marouane HAKAM  
Médecine Générale  
89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg.  
Val fleuri - Casablanca  
Tel : 05 22 25 87 48 - 0522 31 16 40

58,40

Solupred<sup>®</sup> 20mg

LOT: 190311  
DLUO: 07/2022  
49,00DH

هيپانات

40 قرص

A consommer de  
préférence avant fin :

Lot n°

68,60 DH

07/2023  
M202F

à deliv  
Implante et  
Be



6 118001 030040

VOLTARENE<sup>®</sup> LP 100 mg

Comprimé pelliculé

PPV : 51.30 DH

1232204 MA TA

PPM: 76.50 DH

Lot: 190866

A consommer de  
préférence avant le: 12/2024

PPC: 79,90 DH

KALMAGAS<sup>®</sup>

يجرك جيداً قبل الشرب.

لا تتناكوة في متناول الأطفال.

يتم تخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.

لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.

Tenir hors de portée des enfants.

Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.

Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.

AMM N°205/15 DMP/21/NNP

PPV: 48 DH 40

BN 009481

DOM 04/2020

EXP 04/2022

3079955





76,50

LOT 201154  
EXP 05 2023  
ppv 76.50

# Nalgesic<sup>®</sup>

Fénoprofène



## 300mg



36 Comprimés pelliculés  
Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS