

# 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

- 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.

M23-001041

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **M135**

Société : **R.A.M. A83475**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **SEBRAI**

**APD ELLATIF**

Date de naissance : **31/12/1970**

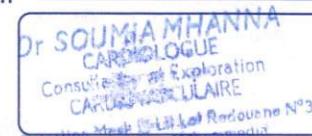
Adresse :

Tél. : **0661372648**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **03/11/2023**

Nom et prénom du malade :

**SEBRAI MOUSSA** Age : .....  
HTA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

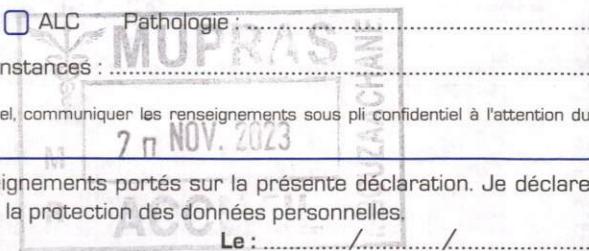
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



#### 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
03/11/2013 à 00h			3000,00	Dr. S. COLQUHOUN Consultation d'exploration Chirurgie générale Dr. Pauline MATHIEU 1er Flc. N° 102 Mohammiedia Tél. 05 23 26 53 53

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE O. FADLALLAH Lot, N1, Lottissement FADLALLAH Mohammed Tel : 05.23.32.19.63</p> <p>2. M. 23</p> <p>7705</p>	2. M. 23	<p>PHARMACIE O. FADLALLAH Lot, N1, Lottissement FADLALLAH Mohammed Tel : 05.23.32.19.63</p> <p>9. 6. 0</p> <p>02107705</p>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on the upper arch and 1 through 8 on the lower arch) and 4 labeled regions: D (left), H (top), B (bottom), and G (right). The teeth are arranged in a standard dental layout, with the first molar on each side of the arch.

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**CABINET DE CONSULTATION & D'EXPLORATION  
CARDIOVASCULAIRE EL ALIA**

**Dr Soumia MHANNA**

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire

Echographie doppler

Holter tensionnel et Rythmique

Epreuve d'effort

Diplômée de l'Université de Médecine de Casablanca

Diplômée en Echocardiographie de Bordeaux

Ancienne Interné au CHU de Bicêtre Paris

**الدكتورة سومية مهنة  
أخصائية في أمراض القلب والشرايين**

الفحص بالصدى والتخطيط الكهربائي  
التسجيل المستمر للضغط الدموي وتخطيط القلب  
تخطيط القلب أثناء الجهد

خرسحة كلية الطب بالدار البيضاء

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى ببوردو

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

**03/11/2023**

Mohammedia, le:

**Mr JEBBARI ABDELLATIF**

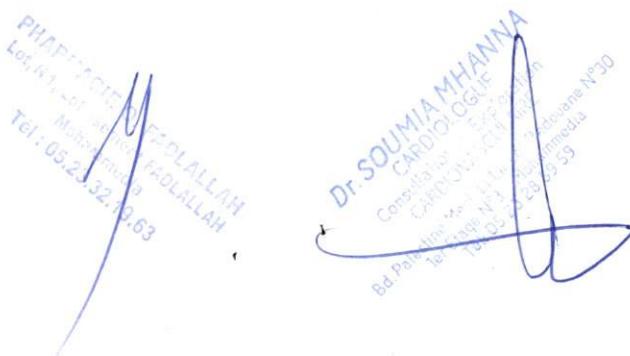
**1 - Coversyl 5 mg**

1 Comprimé par jour le matin après repas

جدا



REGIME PEU SALE/ TRAITEMENT DE 03 MOIS



Compresse pelliculée sécable

5 mg

Péridopril arginine

COVERSYL®

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قائمة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



6 118000 100294

كوفرسيل® 5 ملغ

براندوبريل أرجينين  
30 حبة مليئة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.  
التركيب : تحتوي حبة واحدة مليئة  
على 5 ملغ من براندوبريل أرجينين.  
السواغ: كمية كافية لكل حبة مليئة  
يحتوي على سكر الحليب أحادي  
الماء؛ راجع النشرة لمزيد من المعلومات.  
الجرعة، دواعي الاستعمال،  
مضادات الاستعمال، إحياطات  
الاستعمال والآثار الجانبية :  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

40 x 40 x 65

246600030-05

# COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

**5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables

 SERVIER

32,00

# COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

**5 mg**

#### Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants  
Composition : un comprimé pelliculé

contient 5 mg de périndopril arginine.  
Excipient : q.s.p. un comprimé pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications, contre-indications, précautions d'emploi et effets indésirables : lire attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

nekicesa 32,00  
683.007800/002.N0572 \*