

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M23-001041

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135

Société : R A M 183475

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FEBRARI ABDELLATIF

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 : FEBRARI ABDELLATIF

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

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) :

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
03/11/2013	gdc		39000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE O. FADLALLAH Lot, N°1, Lotissement FADLALLAH Mohammedia Tél : 05.23.32.19.68	2.11.23	PHARMACIE O. FADLALLAH Lot, N°1, Lotissement FADLALLAH Mohammedia Tél : 05.23.32.19.68

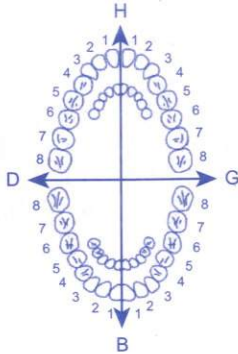
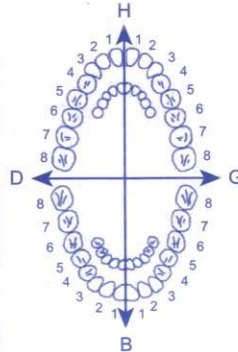
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 Interne au CHU de Bicêtre Paris

الدكتورة سومية مهنه

أخصائية في أمراض القلب والأشرايين

الفحص بالصدى والتخطيط الكهربائي

التسجيل المستمر للضغط الدموي وتخطيط القلب

تخطيط القلب أثناء الجهد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى بوردو

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

03/11/2023

Mohammedia, le:

Mr JEBBARI ABDELLATIF

1 - Coversyl 5 mg

1 Comprimé par jour le matin apres repas

g Leo



REGIME PEU SALE/ TRAITEMENT DE 03 MOIS

PHARMACIE FADLALLAH
Lotissement Redouane N°30 - 1er étage N°3 - Mohammedia
Tél : 05 23 28 59 59

Dr SOUMIA MHANNA
Consultation - Echocardiographie
Bd Palestine - Mesk El Lil, Lotissement Redouane N°30 - 1er étage N°3 - Mohammedia
Tél : 05 23 28 59 59 - Email: dr.soumia.mhanna@gmail.com

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

Péridopril arginine

COVERSYL®

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

فائمة 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 أرجنين

30 حبة ملبسة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.

التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة

على 5 ملغ من براندوبريل أرجنين.

السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة

يحتوي على سكر الحليب أحادي

الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال،

مضادات الاستعمال، احتياطات

الاستعمال والآثار الجانبية :

اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

40 x 40 x 65

246600030-05



COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

30
Comprimés pelliculés sécables



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

32,00

nekicesa

683.007800/002.N0572 *

10