

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-516722

41093

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5176	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LA GUIRE LAHOUSSINE			
Date de naissance : 19/11/1954			
Adresse : BLOC 1, N° 81, cité Sidi Mohamed BENAISSI			
Tél. : 066 33 30 48	Total des frais engagés : 111 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>DR NEUROCHIRURGIEN</i>			
Date de consultation : 07/09/2020			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Gardio pallié dilaté a FE alluvé			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

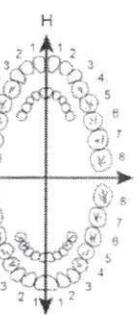
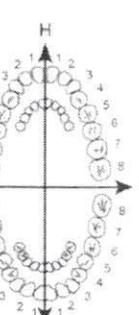
MUPRAS
Le : **22 SEP. 2020**

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
<u>07</u>				INP : 040009871
<u>09</u>				
<u>20</u>			<u>CG</u>	M. MIKY Khan

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMAGIE DR AHDAD Dr. NOUAR FATIMA Av. Mly Small - ACADIR Tél: 05 28 82 50 45</i>	<i>07/09/20</i>	<i>1149,20</i>

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant les numéros 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												
				INP : <input type="text"/>												
				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 PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		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																

Royaume du Maroc
Ministère de La Santé
Région Souss Massa Draa
Délégation Agadir – Idaoutanane
Centre Hospitalier Régional
Hassan II



ORDONNANCE

Laguir Dr Lehnert

$$248.00 \times 2 = 496.00 + 167.30 = 663.30$$

1 - Covarsyl 1 - 0 - 0

S.V.

$$54.10 \times 6 = 324.60$$

2 - Candesart 25 mg

S.V.

$$34.60 \times 2 = 69.20 \quad 1 - 0 - 1$$

3° - Lovastix 40 mg

S.V.

$$30.70 \times 3 = 92.10 \quad \frac{1}{2} - 0 - 0$$

4° - Metformic 75 mg 0 - 1 - 0

Agadir le / /

Nom et signature de médecin

1149,20

TRT 3 months

Route de Marrakech, 80000 AGADIR. Tél: 05 28 84 14 77 // Fax: 05 28 84 13 59

PHARMACIE ENNAHDA
Dr NOUAR FATHA
Av. Mly Ismail, AGADIR
Tél: 05 28 84 250 45
DIRECTION
Cardiologue

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30

P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 20E014
PER.:12/2023



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 54,10 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30

P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 20E011
PER.:12/2023



6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30

P.P.V : 30,70 DH



6 118000 061847



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238



PHARMACIE ENNAHD

AV MY SMAIL CITE NAHDA

R.C :123587

Patente:898899889

T.V.A :52360

C.N.S.S:54540021

Banque:123456789012345678901234

Tél :0528825045

Le 07/09/2020

FACTURE N°106802

N° ICE :

LAGUIR LAHOUSSINE

N° IF : 89989898989

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	COVERSYL CO 10MG 30U PELLI	167,30	167,30		
6	CARDENSIEL 2.5MG CO 30U	54,10	324,60		
2	LASICLIX CO 40MG SIMPLE 20U	34,60	69,20		
3	KARDEGIC ST 75MG 30STS	30,70	92,10		
2	COVERSYL CO 10MG 30U PELLI	248,00	496,00		

كوفرسيل®

10 ملغ

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

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

COVERSYL®
Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés 10 mg



6 118000 100300

براندوبريل أرجينين
30 حبة ملمسة

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés 10 mg

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملمسة
على 10 ملغ من براندوبريل أرجينين.
السواح : كمية كافية لكل حبة ملمسة
تحتوي على سكر الخليب أحادي
لناء : راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
يرأى بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



248,00

كوفرسيل®

10 ملغ

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

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

COVERSYL®
Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 118000 100300

براندوبريل أرجينين
30 حبة ملمسة

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملمسة
على 10 ملغ من براندوبريل أرجينين.
السواح : كمية كافية لكل حبة ملمسة
تحتوي على سكر الخليب أحادي
لناء : راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
يرأى بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



248,00

كوفرسيل®

10 ملغ

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

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

COVERSYL®
Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 118000 100300

براندوبيريل أرجينين
30 حبة ملمسة

COVERSYL®

Péridopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملمسة
على 10 ملغ من براندوبيريل أرجينين.
المواءج: كمية كافية لكل حبة ملمسة
تحتوي على سكر الخليب أحادي
لناء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
يرأى بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



248,00