

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221

Société : 2 A.T.

Actif Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KRATI SADI

Date de naissance : 13/07/1978

Adresse : 5 Rue 17000

Tél. 061437790

Total des frais engagés : 807,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2022

Nom et prénom du malade : KRATI SADI

Age: 52

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

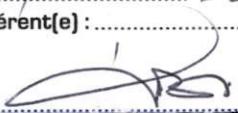
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 03/06/2022 par DR. K. KRATI

Le : 03/06/2022

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
23.06.2022	CM		CG	Dr. GHAZAL Jaouad Medecin Chef C/S Alt Ouallal Délegation d' El Hajeb

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/6/2022	807.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

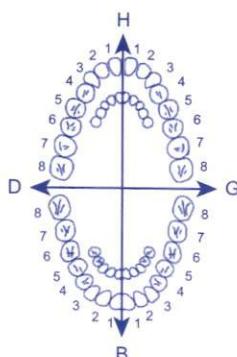
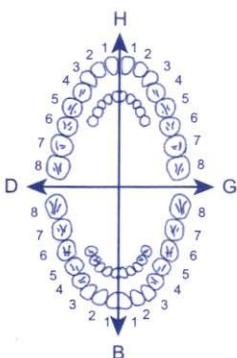
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
DELEGATION PROVINCIALE
D'EL HAJEB



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المندوبية الإقليمية
للحاجب

Formation sanitaire:

Date: 03/01/2022

Nom et Prénom: KHALIL Soud

ORDONNANCE MEDICALE

269.00 X 3

① COVERMOL 10 mg / 5 mg
1g / j 8th C 3 mois

② Cardiaspirin 100 mg
1g / j 8th C



Dr. GHAZAL Jaouad
Medecin Chef
C/S Aghabet signature:
Délégation d' E. Hajeb

اححروا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قائمة I (النحو A) : لا يصرف إلا بحوجب وصفة طبية
LISTE I (TABLEAU A) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé
n° 265/14 DMP/21/NRQ

COVERAM® 10mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130092

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés
Péridopril arginine / amlodipine

voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de péridopril correspondant à 10 mg de péridopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlopipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations
Sur prescription médicale seulement.
Respecter les doses prescrites.
Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropôle Nouassar

10
5

30 حبة



269,00

اححروا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قائمة I (النحو A) : لا يصرف إلا بحوجب وصفة طبية
LISTE I (TABLEAU A) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé
n° 265/14 DMP/21/NRQ

COVERAM® 10mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130092

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés
Péridopril arginine / amlodipine

voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de péridopril correspondant à 10 mg de péridopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlopipine.

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

Sur prescription médicale seulement.

Respecter les doses prescrites.

Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasser

10
5

30 حبة



269,00

اححروا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قائمة A (النحوة A) : لا يصرف إلا بحوجب وصفة طبية
LISTE I (TABLEAU A) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Médicament autorisé
n° 265/14 DMP/21/NRQ

COVERAM® 10mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130092

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

كوفيرام

حبات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجينين / أملوديبين

COVERAM®
10 mg/5 mg

comprimés
Péridopril arginine / amlodipine

voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 6,790 mg de péridopril correspondant à 10 mg de péridopril arginine et 6,935 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 5 mg d'amlopipine.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations
Sur prescription médicale seulement.
Respecter les doses prescrites.
Lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road – Arklow – Co.Wicklow – Ireland
Conditionnement : SERVIER MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropôle Nouasser

10
5

30 حبة



269,00