

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0014093

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 2 A 7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 122840
 Nom & Prénom : KRATI SAID
 Date de naissance : 13/07/1980
 Adresse : 5, Rue Abdellah FES
 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 SAID Age : 42
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Médicale
 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 : 03/06/2022 PL 1475 Le : 03/06/2022
 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
03/06/2022	C.M		C.G	DR. GHAZAL JABOUA Medecin Chef C/S Ait Ouallal Délegation d' El Hajeb

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/6/2022	807.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

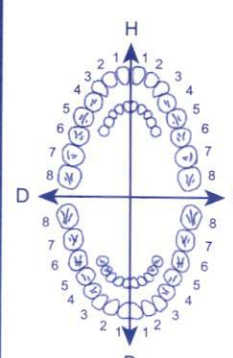
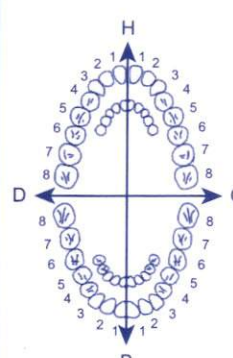
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D																
	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




Formation sanitaire: _____

Date: 03/06/2022

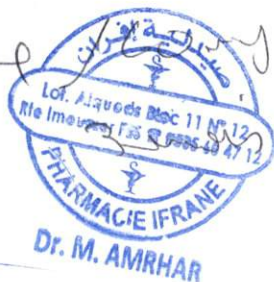
Nom et Prénom: KRATI Saïd

ORDONNANCE MEDICALE

269.00 x3

① COVERAN long/long
1p 1j  3 mois

② Cardiaspirine
1p 1j 825



Dr. GHAZAL Jaouad
Medecin Chef
C/S A. 
Délegation d' El. Hajeb

احذروا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

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

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



6 118001 130092

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم .
الحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وعن نظرهـم .
تحتوي الحبة الواحدة على 6,790 ملغ من البيراندوبريل بما يعادل 10 ملغ من البيراندوبريل أرجنين ، و 6,935 ملغ من الأملوديبين بيزيلات بما يعادل 5 ملغ من الأملوديبين .
يحتوي على سكر الحليب أحادي الماء : راجع النشرة لمزيد من المعلومات .
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية .
التقيد بالجرعة التي وصفها الطبيب .
اقرأ النشرة الداخلية قبل الاستعمال .

التصنيع : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road - Arklow - Co. Wicklow - Ireland

التعبئة : سرفيه - المغرب
Site de production
Zone industrielle
Aéroport Nouasser

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10/5

30 حبة



269,00

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés
Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

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

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
Aéroport Nouasser

احذروا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

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

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



6 118001 130092

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم .
الحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وعن نظرهـم .
تحتوي الحبة الواحدة على 6,790 ملغ من البيراندوبريل بما يعادل 10 ملغ من البيراندوبريل أرجنين ، و 6,935 ملغ من الأملوديبين بيزيلات بما يعادل 5 ملغ من الأملوديبين .
يحتوي على سكر الحليب أحادي الماء : راجع النشرة لمزيد من المعلومات .
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية .
التقيد بالجرعة التي وصفها الطبيب .
اقرأ النشرة الداخلية قبل الاستعمال .

التصنيع : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road - Arklow - Co. Wicklow - Ireland

التعبئة : سرفيه - المغرب
Site de production
Zone industrielle
Aéroport Nouasser

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10/5

30 حبة



269,00

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés
Périndopril arginine / amlodipine

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

احذروا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

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

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

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



6 118001 130092

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم .
الحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال وعن نظرهـم .
تحتوي الحبة الواحدة على 6,790 ملغ من البيراندوبريل بما يعادل 10 ملغ من البيراندوبريل أرجنين ، و 6,935 ملغ من الأملوديبين بيزيلات بما يعادل 5 ملغ من الأملوديبين .
يحتوي على سكر الحليب أحادي الماء : راجع النشرة لمزيد من المعلومات .
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية .
التقيد بالجرعة التي وصفها الطبيب .
اقرأ النشرة الداخلية قبل الاستعمال .

التصنيع : Servier (Ireland) Industries Ltd
Gorey Road - Arklow - Co. Wicklow - Ireland

التعبئة : سرفيه - المغرب
Site de production
Zone industrielle
Aéroport Nouasser

كوفيرام

حبّات 10 ملغ / 5 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

10/5

30 حبة



269,00

COVERAM®

10 mg / 5 mg

comprimés
Périndopril arginine / amlodipine

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