

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 protthèses 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 protthèses 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-761424

Maladie

Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **5176**

Matricule : **5176** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **JAGUIR Lahoussine**

Date de naissance : **19/11/1954**

Adresse : **Bloc 1 NR 81 cité Sidi Mohamed AGADIA**

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed EL KHOLI
 Spécialiste Anesthésie - Réanimation
 Urgences Médico - Chirurgicales
 Clinique Multidisciplinaire



INP

AL MASSIRA
 Tél: 05 28 39 08 40 / 41 081091480

Date de consultation : Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Cardiopathie**

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) : **M 17 11 17**



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-761424

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNUP N° : A4-215/2019

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
01/10/22	Consultation	1	13277	Clinique MULIMI AL MASSIRA Tél: 05 28 38 08 40 / 08 09 14 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ENNAHDA Dr. NOUAR FAHIMA Av. Mly Ismail AGADIR Tél: 05 28 82 50 45	01/10/22	13277 80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

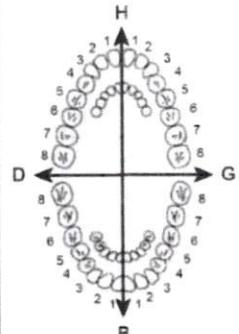
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 :
				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"/>
				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"/>



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



Agadir, Le: 01/10/2022

LAGUIR Lahoussine

$$34,60 \times 5 = 173,00$$

1) Labilix 40mg

$$58,10 \times 6 = 348,60$$

2) Cardensiel 5mg

$$142,70 \times 6 = 856,20$$

3) Covensyl 10mg

PHARMACIE ENNAHDA
Dr. NOUAR FATHA
Av. Mly Ismail - AGADIR
Tél: 05 28 82 50 45

TRT 6 mois

PHARMACIE ENNAHDA
Dr. NOUAR FATHA
Av. Mly Ismail - AGADIR
Tél: 05 28 82 50 45

Dr. Mohamed EL KHOLI
Spécialiste Anesthésie - Réanimation
Urgences Médico - Chirurgicales
Clinique Multidisciplinaire
AL MASSIRA
Tél: 05 28 38 08 40 / 41 081091480

INP



6 118001 100873 LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60 118000 060468 LOT: 22E007 PER: 04.2026

6 118001 100873 LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60 118000 060468 LOT: 22E006 PER: 04.2026

6 118001 100873 LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60 118000 060468 LOT: 22E005 PER: 04.2026

6 118001 100873 LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60 118000 060468 LOT: 22E007 PER: 04.2026

6 118001 100873 LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60 118000 060468 LOT: 22E007 PER: 04.2026

6 118001 100873 LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60 118000 060468 LOT: 22E007 PER: 04.2026

6 118001 100873 LASILIX 40MG 20CP SEC P.P.V: 34DH60 118000 060468 LOT: 22E007 PER: 04.2026

6 118001 100873 Cardenise® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873 Cardenise® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873 Cardenise® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873 Cardenise® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873 Cardenise® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH

6 118001 100873 Cardenise® 5 mg Comprimés pelliculés sécables B/30 PPV: 58,10 DH

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبيريل أرجندين

30 حبة ملبيسة

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

COVERSYL® ○
Périndopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 1118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : يحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 10 ملغ من براندوبيريل أرجندين.
الساقع : كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

30
Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبيريل أرجندين

30 حبة ملبيسة

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

COVERSYL® ○
Périndopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 1118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : يحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 10 ملغ من براندوبيريل أرجندين.
الساقع : كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

30
Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبيريل أرجندين

30 حبة ملبيسة

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

COVERSYL® ○
Périndopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 1118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : يحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 10 ملغ من براندوبيريل أرجندين.
الساقع : كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

30
Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبيريل أرجندين

30 حبة ملبيسة

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

COVERSYL® ○
Périndopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 1118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : يحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 10 ملغ من براندوبيريل أرجندين.
الساقع : كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

30
Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبيريل أرجندين

30 حبة ملبيسة

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

COVERSYL® ○
Périndopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 1118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : يحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 10 ملغ من براندوبيريل أرجندين.
الساقع : كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

30
Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبيريل أرجندين

30 حبة ملبيسة

احترموا المقادير المعية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

COVERSYL® ○
Périndopril arginine
30 Comprimés pelliculés
10 mg



6 1118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : يحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 10 ملغ من براندوبيريل أرجندين.
الساقع : كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés
10 mg

30
Comprimés pelliculés



142,70



PHARMACIE ENNAHDA

AV MY SMAIL CITE NAHDA

R.C :123587

Patente:8988998889

T.V.A :52360

C.N.S.S:54540021

Banque:123456789012345678901234

Tél :0528825045.

Le 01/10/2022

FACTURE N°141929

N° ICE :

LAGUIR LAHOUSSINE

N° IF : 89989898989

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
5	LASILIX CO 40MG SIMPLE 20U	34,60	173,00		
6	COVERSYL CO 10MG 30U PELLI	142,70	856,20		
6	CARDENSIEL 5MG CO 30U	58,10	348,60		

PHARMACIE ENNAHDA
Dr. NOUAR FATIHA
Av. My Ismail - AGADIR
Tél: 05 28 82 50 45

TOTAL,T.T.C :

1 377,80

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	---------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Mille Trois Cent Soixante-dix Sept Dirhams et 80 centimes.