

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W21-761424

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5126 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : LAGUË Lahoussine

Date de naissance : 19/11/1954

Adresse : Bloc 1, NR 81 cité Sidi Mohammed AGADIR

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed EL KHOLTI
Spécialiste Anesthésie - Réanimation
Urgences Médico - Chirurgicales
Clinique Multidisciplinaire
AL MASSIRA



Date de consultation : Tél: 05 28 39 08 40 / 41 081091480

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) :

VOLET ADHERENT

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 :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/10/22 | Consultation | 1 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ENNAHDA Dr. NOUAR FATHA V. Mly Ismail AGADIR Tél: 05 28 82 50 45 | 01/10/22 | 13 271,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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.

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 | 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. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

| | | |
|--|--|--|
| | | 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



مصلحة متعددة التخصصات - المسيرة أكادير
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE - AL MASSIRA AGADIR

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 FATIMA

Av. My Ismail - AGADIR
Tél: 05 28 82 50 45

TRT 6 mois

PHARMACIE ENNAHDA

Dr. NOUAR FATIMA

Av. My Ismail - AGADIR

Tél: 05 28 82 50 45

Dr. Mohamed EL KHOLT

Spécialiste Anesthésie - Réanimation

Urgences Médicales - 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
LOT: 22E007
PER: 04 2026

6 118001 100873
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
LOT: 22E005
PER: 04 2026

6 118001 100873
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
LOT: 22E007
PER: 04 2026

6 118001 100873
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
LOT: 22E008
PER: 04 2026

6 118001 100873
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
LOT: 22E011
PER: 06 2026

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH
7862160239

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة

COVERSYL

Périndopril arginine 10 mg
Comprimés pelliculés

احترموا المقادير المعينة
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 118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 10 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، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة

COVERSYL

Périndopril arginine 10 mg
Comprimés pelliculés

احترموا المقادير المعينة
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 118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 10 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، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة

COVERSYL

Périndopril arginine 10 mg
Comprimés pelliculés

احترموا المقادير المعينة
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 118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 10 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، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة

COVERSYL

Périndopril arginine 10 mg
Comprimés pelliculés

احترموا المقادير المعينة
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 118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 10 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، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة

COVERSYL

Périndopril arginine 10 mg
Comprimés pelliculés

احترموا المقادير المعينة
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 118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 10 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، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



142,70

كوفرسيل® 10 ملغ

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة

COVERSYL

Périndopril arginine 10 mg
Comprimés pelliculés

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

COVERSYL®

Périndopril arginine 10 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 100300

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 10 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، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés



142,70



PHARMACIE ENNAHDA

AV MY SMAIL CITE NAHDA

R.C :123587

Patente:898899889

T.V.A :52360

C.N.S.S:54540021

Banque:123456789012345678901234

Tél :0528825045.

Le 01/10/2022

FACTURE N°141929

N° ICE :

N° IF : 89989898989

LAGUIR LAHOUSINE

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 | | |
| <div>PHARMACIE ENNAHDA Dr. NOUAR FATIHA Av. Mly Ismail - AGADIR Tél: 05 28 82 50 45</div> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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.