

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-819167

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5176 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : LAQUIR LAHOUSINE

Date de naissance : 1954

Adresse : NABR, Bloc 1 cte Sidi

Mohammed AGADIR

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie chronique

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

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° W21-819167

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 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
23/10/23			Gratuit-	INP : 0412583710

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ENNAIDA Dr. NOUAR Av. Mly Ismail - AGADIR Tél: 05 28 82 50 45	23/10/23	706,20

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 :

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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



مصحة متعددة التخصصات - المسيرة أكادير

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE - AL MASSIRA AGADIR

Agadir, Le: 23/10/23

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

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

M. LAGHIR LAHOUSSEINE

- 34.60 x 3 = 103.80
- 1) Lasilix 40 mg
142.70 x 3 = 428.10
- 2) Coversyl 10mg
58.10 x 3 = 174.30
- 3) Cardensiel 5mg

706.20

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

الدكتورة خديجة ابن الشيخ
تخصصية امراض القلب و الشرايين
علاوة استاذ الحسن الثاني الطابق الثاني
05 28 84 85 84 - 06 39 88 70 27

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

LOT : 23E003
PER: 01/2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 23E003
PER: 01/2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 23E002
PER: 01/2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

Avenue 29 Février cité Talborjt - Agadir

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé

contient 10 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé

pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté :

voir la notice pour plus d'informations.

Posologie, indications,

contre-indications, précautions

d'emploi et effets indésirables : lire

attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

COVERSYL®

Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés

10 mg



6 118000 10030

142, 30

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé

contient 10 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé

pelliculé.

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

**Posologie, indications,
contre-indications, précautions
d'emploi et effets indésirables :** lire
attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

COVERSIL[®] ○
Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 10030

142, 30

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé

contient 10 mg de péridopril arginine.

Excipient : q.s.p. un comprimé

pelliculé.

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

**Posologie, indications,
contre-indications, précautions
d'emploi et effets indésirables :** lire
attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

COVERSYL®

Péridopril arginine
30 Comprimés pelliculés

10 mg



6 118000 10030

142, 30

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Six Dirhams et 20 centimes.