

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0040371

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4537 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAZI MOHAMMED FAJOC
 Date de naissance : 03/09/1950
 Adresse : LOT 04 PARC CHAMPS COURTES
 20010 FES AGDAL
 Tél. : 0661/326010 Total des frais engagés : 861,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 07/01/2019
 Nom et prénom du malade : Mohamed Tazi Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Arteriole Hypertension
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 08/01/24

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
15/11/2023		2	15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

عيادة مبارك للعلاجات الطبية
CABINET MÉDICAL M'BAREK

Docteur Med Badr Derrouich
Médecine générale



Diplômé de la faculté de médecine
De Cologne Allemagne
Ancien médecin Hôpital Kleve Allemagne
Service d'Urologie et Circoncisions
Echographie

الدكتور محمد بدر الدرويش
الطب العام

خريج كلية الطب والجراحة كولون ألمانيا
طبيب سابق بمستشفى كليف ألمانيا
قسم جراحة المسالك البولية والختانة
الفحص بالصدى

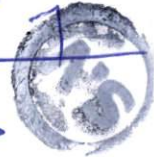
Fès, le 15/11/2023

Ordonnance

M^r Mohamed El Fassi Tazi

(237.5 x 3)
Cover - 1/10

3 - 1/10



7/11/2023

PHARMACIE CHIFAE
AV DES F.A.R. V.N. - FES
TEL : 05 35 65 05 44
INPE : 142019157

DR. DERROUCH MED BADR
MÉDECINE GÉNÉRALE
8 BIS AV IMAM ALI V.N. - FES
TEL : 06 20 23 66 46

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 10 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم.
تحتفظ الحبة عن تناول يد الأطفال وعن نظهرهم.
تحتوي الحبة الواحدة على 3,395 ملغ من البيراندوبريل بما يعادل 5 ملغ من البيراندوبريل أرجنين، و 13,870 ملغ من الأملوديبين بيزيلات بما يعادل 10 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.

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

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

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 10 ملغ
بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

5 10

30 حبة



246930030-03

COVERAM®

5 mg / 10 mg

comprimés
Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 3,395 mg de périndopril correspondant à 5 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 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

nekicesa

683.0011242/003.N0572

5

imés

Périndopril arginine / amlodipine
comprimés

5 mg / 10 mg

COVERAM®

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

Médicament autorisé
S 268/14 D 00000 NRQ

COVERAM® 5mg/10mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés

6 118001 130085

40 X 40 X 65 mm

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم.
تحتفظ الحبة عن تناول يد الأطفال وعن نظهرهم.
تحتوي الحبة الواحدة على 3,395 ملغ من البيراندوبريل بما يعادل 5 ملغ من البيراندوبريل أرجنين، و 13,870 ملغ من الأملوديبين بيزيلات بما يعادل 10 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.

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

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

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

5 10

30 حبة



246930030-03

COVERAM®

5 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 3,395 mg de périndopril correspondant à 5 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 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

nekicesa

683.0011242/003.N0572

5

imés

Périndopril arginine / amlodipine
comprimés

5 mg / 10 mg

COVERAM®

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

Médicament autorisé
S 268/14 D 1400 NRQ

COVERAM® 5mg/10mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130085

40 X 40 X 65 mm

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

يؤخذ عن طريق الفم.
تحتفظ الحبة عن تناول يد الأطفال وعن نظهرهم.
تحتوي الحبة الواحدة على 3,395 ملغ من البيراندوبريل بما يعادل 5 ملغ من البيراندوبريل أرجنين، و 13,870 ملغ من الأملوديبين بيزيلات بما يعادل 10 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.

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

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

كوفيرام

حبّات 5 ملغ / 10 ملغ

بيراندوبريل أرجنين / أملوديبين

5 10

30 حبة



246930030-03

COVERAM®

5 mg / 10 mg

comprimés

Périndopril arginine / amlodipine

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Un comprimé contient 3,395 mg de périndopril correspondant à 5 mg de périndopril arginine et 13,870 mg d'amlodipine bésilate équivalent à 10 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

nekicesa

683.0011242/003.N0572

5

imés

Périndopril arginine / amlodipine
comprimés

5 mg / 10 mg

COVERAM®

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

Médicament autorisé
S 268/14 D 1400 NRQ

COVERAM® 5mg/10mg

Périndopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130085

40 X 40 X 65 mm