

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-637156

203272

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 524

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : veuve pensionnée

Nom & Prénom : TOUNSI Khadija

Date de naissance : 16/10/1948

Adresse : 61 Avenue Chouhada, Hay Salam, Sale

Tél. : 06.49.31.99.99

Total des frais engagés : 1173,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cabinet de Cardiologie

Dr. Moulay Abdesslam LAMGHARI
4, Rue Al Bayrouni, Appt 14, 1^{er} étage, Agdal
Rabat - Fixe : 05 06 56 67 21 GSM : 06 61 35 01 34
E-mail : cabinet.lamghari@gmail.com
INR : 161 199 238

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/1/2024

Nom et prénom du malade :

TOUNSI Khadija Age: 75

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

HDP dyslipidémie

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat

Le : 18/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : TOUNSI

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/04/2024 | C | | gratuit | INP: 100000238 Cabinet de Cardiologie Dr. Moulay Sadeslam LAMGHARI 4, Rue Al Bayrouni, App 14, 4 ^{me} étage, Agdal Rabat - Maroc : 06 61 30 6716 / 06 00 01 35 01 34 E-mail: cabinet_lamghari@gmail.com Télé: 0521 189 738 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie INDIGO Km 17, avenue Mohamed VI El Menzeh Rabat Tél: 06 37 74 99 56 - INPE: 102104080 | 18/04/2024 | 11.73,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| Pharmacie INDIGO Km 17, avenue Mohamed VI El Menzeh Rabat Tél: 06 37 74 99 56 - INPE: 102104080 | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP: 11111111 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

DETERRMINATION 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'EXE

Cabinet de cardiologie

Dr Moulay Abdeslam LAMGHARI



عيادة طب القلب

د. مولاي عبد السلام مغارى

Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux

Exploration cardiovasculaires
Cardiologie interventionnelle

أخصائي أمراض القلب والشرايين

استكشاف القلب والأوعية

أمراض القلب التداخلية

Le 18. 4. 2024

4.00

7.00

1.00

$$224,00 \times 3 = 672,00$$

Ex éferge 160fk

140

$$37,00 \times 3 = 111,00$$

Credit for 300

140

Cabinet de Cardiologie
Dr. Moulay Abdeslam LAMGHARI
1, Rue Al Bayrouni, Appt 14, 4ème étage, Agdal
Rabat - Fixe: 00 212 52 00 77 77
GSM: 00 212 61 35 01 34
E-mail: cabinetlamghari@gmail.com
NIP: 101 100 738

ملتقى شارع عقبة بن نافع ورقة اليرموك، عمارة 4، شقة 14، الطابق الرابع، أكدال - الرباط

Angle Avenue Oqba Ibn Nafiaa et Rue Al Bayrouni, Immeuble 4, Appt 14, 4ème étage, Agdal - Rabat

☎ 05 37 77 04 62 ☎ 06 61 35 01 34

✉ cabinet.lamghari@gmail.com

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملغ

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مختلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرارات الموصوفة

لانحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملغ

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

EXFORGE® 5 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/5 ملغ

أملوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés



Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة منوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لانحة - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

30 comprimés pelliculés

Composition en substances actives :

Rosuvastatine 10,00 mg

Sous forme de rosuvastatine calcique

Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire: Lactose Monohydraté

10.00 ملغ

التركيب:

روزو فاستاتين

شكل روزو فاستاتين كلسي

السواغات: ك لقرص

في كل قرص مغلف

سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز أحدى الإماثة



**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

AstraZeneca



CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

30 comprimés pelliculés

Composition en substances actives :

Rosuvastatine 10,00 mg

Sous forme de rosuvastatine calcique

Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire: Lactose Monohydraté

10.00 ملغ

التركيب:

روزو فاستاتين

شكل روزو فاستاتين كلسي

السواغات: ك لقرص

في كل قرص مغلف

سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز أحدى الإماثة



**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

AstraZeneca



CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

30 comprimés pelliculés

Composition en substances actives :

Rosuvastatine 10,00 mg

Sous forme de rosuvastatine calcique

Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé pelliculé.

Excipient à effet notoire: Lactose Monohydraté

10.00 ملغ

التركيب:

روزو فاستاتين

شكل روزو فاستاتين كلسي

السواغات: ك لقرص

في كل قرص مغلف

سواغات ذات تأثير معروف: لاكتوز أحدى الإماثة



**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

AstraZeneca