

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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 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° P19- 0042511

AMPL

39674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARI TATER

Date de naissance : 21.01.1970

Adresse :

Tél. : 06.61.95.1.85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3.04.2020

Nom et prénom du malade : Chari Tayeb Age : 01.01.70

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

Nature de la maladie : HTA

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 : CASABLANCA Le : 3 / 4 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
30/03/20	contrôle		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HEEZY Hicham
Chragul Sahel Old Hriz - Benachid
Tél : 0679 64 07 49

03
04
2020
770,10

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 Montant détaillé des Honoraires

AM	PC	IM	IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

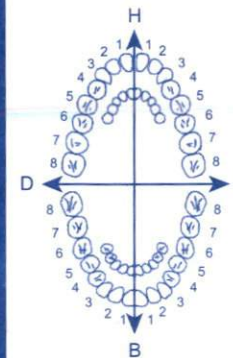
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

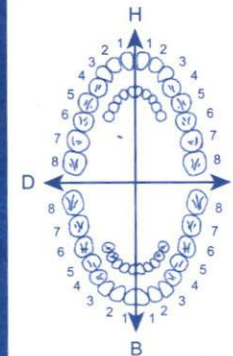
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

[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

Dr. Lalla Jihane EL JAOUHARI

- ♥ Spécialiste en cardiologie
- ♥ Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
- ♥ Diplômée en échocardiographie de la faculté Victor Segalen, Bordeaux II - France
- ♥ Ex médecin au CHU Ibn Sina - Rabat
- ♥ Ex médecin à l'hôpital militaire d'instruction Med V - Rabat



الدكتورة للا جهان الجوهري

- ♥ إخصائية في أمراض القلب
- ♥ خريجة كلية الطب بالرباط
- ♥ خريجة كلية الطب فكتور سيغالين بوردو فرنسا
- ♥ في تشخيص أمراض القلب بالصدى
- ♥ طبيبة سابقا بالمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط
- ♥ طبيبة سابقا بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

Le 3/04/2020

MR Tayeb Cherif

134,30 x 5 / 671,50

Cosyrel 10/5 mg: 1cpj (4 Bortes)

49,50 x 2 / 99,00

Amepr 5 mg S.V. 1/2 cpj (2 Bortes)

Total 770,50

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahel Oud Hriz - Berrechid
Tél : 0679 64 07 49

Dr. Jihane EL JAOUHARI
Boulevard Abou Bakr El Kadiri Résidence Naim Imm 5, 3ème étage, Appt 9 Sidi maarouf - Casablanca
Tél : +212 6 62 38 61 68 / E-mail: dr.eljaouhari.jihane@gmail.com



30 comprimés pelliculés



comprimé pelliculé
Fumarate de bisoprolol /
Péridopril arginine

10mg/5mg

COSYREL®



MXGS0062



6 118001 130283

COSYREL 10mg/5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 134,30 DH

Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

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



30 comprimés pelliculés



comprimé pelliculé
Fumarate de bisoprolol /
Péridopril arginine

10mg/5mg

COSYREL®



MXGS0062



6 118001 130283

COSYREL 10mg/5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 134,30 DH

Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

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



30 comprimés pelliculés



comprimé pelliculé
Fumarate de bisoprolol /
Péridopril arginine

10mg/5mg

COSYREL®



MXGS0062



6 118001 130283

COSYREL 10mg/5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 134,30 DH

Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

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



30 comprimés pelliculés



comprimé pelliculé
Fumarate de bisoprolol /
Péridopril arginine

10mg/5mg

COSYREL®



MXGS0062



6 118001 130283

COSYREL 10mg/5mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 134,30 DH

Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

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



30 comprimés pelliculés



comprimé pelliculé
Fumarate de bisoprolol /
Péridopril arginine

10mg/5mg

COSYREL®



MXGS0062



6 118001 130283

COSYREL 10mg/5mg

30 comprimés pelliculés

PPV : 134,30 DH

Servier Maroc - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

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

49,40

5 ملغ

عن طريق الفم

28 x

٥٦



AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524



COOPER
PHARMA

AMEP®
amlodipine

5

Comprimés/Tablets/ قرصا

28x

49,40

5 ملغ

عن طريق الفم

28 x

٥٣

AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524

COOPER
PHARMA

AMEP®
amlodipine

5

Comprimés/Tablets/قرصا

28x