

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Matricule : **3466** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **LAGBDOURI M'HAMED**

Date de naissance : **1955**

Adresse : **Bloua B. Rue 2 N° 39 A.T.S.A.D. fit m'dd**

Tél. : **06.65.63.73.56** Total des frais engagés : **438,32** Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                  |                       |                                 |  |
|                 |                  |                       |                                 |  |
|                 |                  |                       |                                 |  |
|                 |                  |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <br><b>PHARMACIE CHOUHADA</b><br>B.P. 133, Ait Melloul<br>Tel: 0528 24 20 44<br>E: 0420 9323 | 31/08/2023 | 138,30                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE CHOUHADA AIT MELOUL

## FACTURE

Nº 00000118

Nom: LAGBOUNI M'HAMEY

Date: 31/08/2023

ICE: \_\_\_\_\_

Arrêtée la présente facture à la somme de: Quatre cent trente-huit dollars et treize centimes

محل لبية الشعفاج  
Cachet PHARMACIE CHOUHADA  
الشعا  
B.P 138, Alt Melloul  
Tél: 0528 24 20 44

Adresse: 78 Bd. Ait Baamran - BP 133 - 86150 - Ait Melloul - Tél: 0528 24 20 44

RC: 1584-93 - Patente: 49802879 - IE: 77409270 - ICE: 001800791000087 - CNSS: 2297613



أماريل®  
غليميبيريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

0

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH 40

6 118000 060031

LOT : 22E004  
PER.: 11 2025



sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ  
20250 Casablanca



أماريل®  
غليسبيبريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

0

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH 40

6 118000 060031

LOT : 22E004  
PER.: 11 2025



sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ  
20250 Casablanca



أماريل®  
غليميبيريد

30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

0

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH 40

6 118000 060031

LOT : 22E004  
PER.: 11 2025



sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Aïn Sebaâ  
20250 Casablanca



28 Comprimés

**Tritazide® 10mg/25mg**

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

**NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS**

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
**TRITAZIDE® 10 mg/25 mg**

Ramipril / Hydrochlorothiazide

**Tritazide® 10mg/25mg**

63,30

U 2 5/1995





28 Comprimés

**Tritazide® 10mg/25mg**

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

**NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS**

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
**TRITAZIDE® 10 mg/25 mg**

Ramipril / Hydrochlorothiazide

**Tritazide® 10mg/25mg**

63,30

U 2 5/1995





28 Comprimés

**Tritazide® 10mg/25mg**

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

**NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS**

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
**TRITAZIDE® 10 mg/25 mg**

Ramipril / Hydrochlorothiazide

**Tritazide® 10mg/25mg**

63,30

U 2 5/1995



ԱՌԵՐԱՐԱ

ԱՌԵՐԱՐԱ

ԱՌԵՐԱՐԱ



ԵՐԵՎԱՆ

03

57 ԴՐ

ԵՐԵՎԱՆ

03

57 ԴՐ

ԵՐԵՎԱՆ

03

57 ԴՐ

ԱՌԵՐԱՐԱ®

ԱՌԵՐԱՐԱ®

ԱՌԵՐԱՐԱ®

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

ARDIL® 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

ARDIL® 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

PPU 22DH40  
EXP 05/2025  
LOT 31004 2

PU 22DH40  
XP 05/2024  
OT 22005 6

PPU 22DH40  
EXP 05/2025  
LOT 31004 2