

# 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 062635

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAGBOURI M HAMED  
 Date de naissance : 1955  
 Adresse : Bloc B RUE 2 N° 39 AITSAID (sit malab)  
 Tél. : 0665637356 Total des frais engagés : 438,30 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 : .....

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) : .....

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

31/08/2023

438,30

PHARMACIE CHOUHADA  
B.P. 133, Ait Melloul  
Tel: 0528 24 20 44  
I.N.P.E: 042019323

# 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

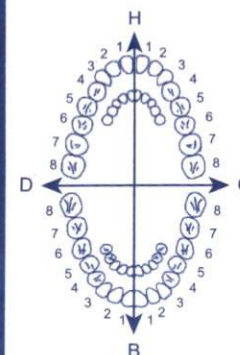
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

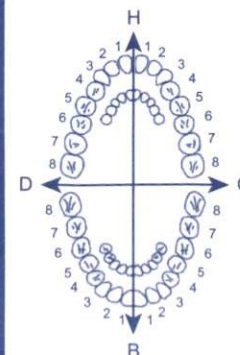
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D      G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution



(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



№ 00000118

ICE: .....

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

Pharmacie CHOUHADA  
 B.P 138, Alt Melloul  
 Tél: 0528 24 2044

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





**أماريل** 2ملغ  
غليمبيريد

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



LOT : 22E004  
PER.: 11 2025



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



**أماريل** 2ملغ  
غليمبيريد

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



LOT : 22E004  
PER.: 11 2025



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



**أماريل** 2ملغ  
غليمبيريد

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



LOT : 22E004  
PER.: 11 2025



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



63,30

**Tritazide® 10mg/25mg**  
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترام القادر العيني  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

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

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

**Tritazide® 10mg/25mg**  
28 Comprimés





63,30

**Tritazide® 10mg/25mg**  
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترام القادر العيني  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

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

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

**Tritazide® 10mg/25mg**  
28 Comprimés







63,30

**Tritazide® 10mg/25mg**  
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترم القادر العيني  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

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

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

**Tritazide® 10mg/25mg**

28 Comprimés



6 118001 081707

م. ٢٠٢٤



م. ٢٠٢٤

30

75 ملج

حاجتي استعمل

ASKARDIL®

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 05/2025  
LOT 31004 2

م. ٢٠٢٤



م. ٢٠٢٤

30

75 ملج

حاجتي استعمل

ASKARDIL®

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
XP 05/2024  
OT 22005 6

م. ٢٠٢٤



م. ٢٠٢٤

30

75 ملج

حاجتي استعمل

ASKARDIL®

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40  
EXP 05/2025  
LOT 31004 2