

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.

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 065231

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société : L1768
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : LAGBOURI MHAMED
Date de naissance : 1955
Adresse :
Tél. : 0665037356 Total des frais engagés : 767,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : LAGBOURI MHAMED Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CHRONIQUE
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 : A.T. Malloul Le : 26/09/2020
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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie AL-MOSTAKBAL
26/9/2020
761,10

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

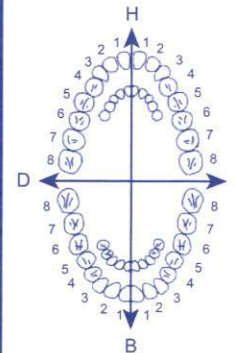
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

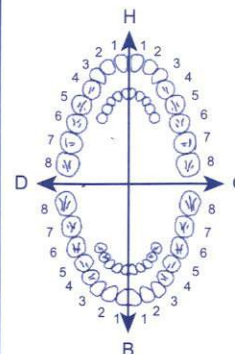
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 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

Pharmacie AL MOSTAKBAL - Ait Melloul

Dr. berrada elazizi narjis

0528249105

142. quartier almostakbal, aitmelloul



Facture N° FAC-74328

Date : 26/09/2020

Mr lagbouri mhamed

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
TRITAZIDE CO 10MG/25MG B28 COMP	3	63,30	189,90
ASKARDIL CO 75MG B30 COMP	3	22,40	67,20
AMAREL CO 2MG B30 COMP	3	60,40	181,20
STAGID CO 700MG B100 COMP GM	3	107,60	322,80

Total Organisme	0 DHS
Total Client	761,10 DHS
Total	761,10 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : sept cent soixante et un DHS et dix centimes

AMAREL 2MG
CP B30
LOT : 20E004
PER: 05 2023
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
LOT : 20E004
PER: 05 2023
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
LOT : 20E004
PER: 05 2023
P.P.V : 60DH40
6 118000 060031

Pharmacie AL-MOSTAKBAL
Dr. BERRADA ELAZIZI NARJIS
142, Lot. Mostakbal - Ait Melloul
Tél : 05.28.24.91.05

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039 14

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 01/2022
LOT 90039 6

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 1



10000

63,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احذر القادر الجيد
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





10000

63,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترق القالب الجيد
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





10000

63,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احذر القادر الجيد
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



STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Respecter les doses prescrites
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - بصرف فقط بناء على وصفة طبية



LOT
EXP
PPV

201317
06 2023
107.60

091401

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



LOT
EXP
PPV

201317
06 2023
107.60

091401

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



LOT
EXP
PPV

201317
06 2023
107.60

091401