

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Optique :

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.

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- 065233

Optique 54899 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3466 Société : RETRAITE

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAGBOURI, MHAMED

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 41 Melloul Bloc B Rue 2 N° 39

Tél. : 0665637356 Total des frais engagés : 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) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL FARAJ M. HADHOUMI Hay Idrissia 1 - Casablanca Tél. 0522 28 85 69	11/10/2021	761,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 carillaires, 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			Coefficient des Travaux												
	<table> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE "EL FARAJ"

M HADHOUMI
Pharmacien

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE GRENOBLE

Facture N°



316, Av. Abdellah SENHAJI

Hay Al Idrissia 1er

Casablanca

Tél : 05 22 28 85 69

Casablanca le 11/01/2021

M LAGBOU. RI M HAMED

Quantité	Désignation	P.U	TOTAL
03	Stargil 67	(3 x 107,60)	322,80
03	Amantil 2/32 g	(3 x 69,60)	181,20
03	ASKARDIL 75 g	(3 x 22,60)	67,80
03	T.Ritzyde 10/25	(3 x 63,30)	189,90
			761,10

PHARMACIE EL FARAJ
M. HADHOUMI
Hay Idrissia 1er Casablanca
Tél. 0522 28 85 69

Arrêter la facture à la somme de Sept cent Sixante un dir
et dix et

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles

PPV 22DH40
EXP 10/2022
LOT 90012 8

AMAREL 2MG
CP B30

LOT : 20E004
PER : 05/2023



6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30

LOT : 20E004
PER : 05/2023



6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30

LOT : 20E004
PER : 05/2023



6 118000 060031

6 118000 021292

Numéro d'impression ADO



100 comprimés
STAGID® 700 mg

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
احترم дозы الموصى بها

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



LOT 201318
EXP 07/2023
PPV 107.60

107.60

6 118000 021292

Numéro d'impression ADO



100 comprimés
STAGID® 700 mg

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
احترم дозы الموصى بها

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



LOT 201318
EXP 07/2023
PPV 107.60

107.60

6 118000 021292

Numéro d'impression ADO



100 comprimés
STAGID® 700 mg

STAGID® 700 mg
metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
احترم дозы الموصى بها

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



LOT 201318
EXP 07/2023
PPV 107.60

107.60



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 interne.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Ramipril / Hydrochlorothiazide
Tritazide® 10mg/25mg

09/09





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 interne.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Ramipril / Hydrochlorothiazide
Tritazide® 10mg/25mg

09/09





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 interne.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Ramipril / Hydrochlorothiazide
Tritazide® 10mg/25mg

09/99

