

## 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.

### Biologie 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 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° M21- 0051894

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00191 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....


Nom & Prénom : OULADA M. Mohamed

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... 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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-051894

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



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

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W16-055916	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



DATE DE DEPOT

23/05/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 191	
Nom & Prénom DULADA M. Hamed			
Fonction Retraité		Phones 0537 205147	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient M' HAMED	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		Age	
Nature de la maladie		Date	
Trouble Metabolique		Date 18/11/2007	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	
G. AM 2.2		200	
Montant détaillé des honoraires		10	
PHARMACIE		Date 6/10/21	
Montant de la facture		1042,40	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada H'kamel

de 6. H. 2021

44, 70x3

Diemicon 60 mg

80,00x3 19/5

1/3 mo

4 Angenis 50mg

1/3 mo

106,70x4 19/5

3/ Cardura 2mg

19/mi

1/3 mo

27,70x3

4/ Cardioaspirin 100

19/pu

60,00

5/ Voltaren 75

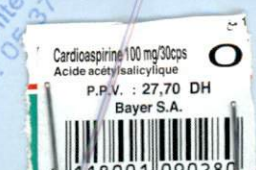
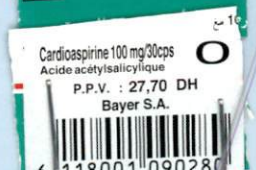
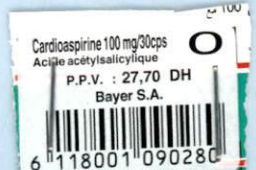
1/5 no 3

66,80

15,80x26/ Voltaren 150mg

10421/40

1 cf Delipam 1000 3/5





LOT: M20129  
EXP: JUN 2024  
PPV: 66,80 DH

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

HAJ OULADA

Le : 08/04/2021

FACTURE N°: 0

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	ANGINIB 50MG /28 CP	80,00	7	240,00
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
4	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	426,80
3	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	134,10
2	DOLIPRANE 500MG CP EFFERVESCENT	15,80	7	31,60
1	VOLTARENE COMPS 50MG.30	66,80	7	66,80
1	VOLTARENE EMULGEL 100GR	60,00	7	60,00

TVA 7%: 68.19

Total : 1 042,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUARANTE DEUX DIRHAMS ET QUARANTE CTS

صيدلية صومعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Taïeb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50

05/11/14

**DIAMICRON® 60 mg**  
Gliclazide  
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا الاوقات المعتبرة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVAO, lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc

SERVIER MAROC

**DIAMICRON® 60 mg**  
30 comprimés



06/11/14

**DIAMICRON® 60 mg**  
Gliclazide  
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترموا التعليمات  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة لا يصرّف إلا بحسب وصفة طبية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVAO, lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc



**DIAMICRON® 60 mg**  
30 comprimés





SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
30 comprimés

Les Laboratoires Servier - France  
**SERVIER MAROC**  
Imm. ZEVAO, lot FATH 4  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc



قائمة لا تصرف إلا بوصف طبية  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احترموا التعليمات  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**DIAMICRON® 60 mg**  
Gliclazide  
30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

06/11/14



# ANGINIB<sup>®</sup> 50r

## Losartan

**28 Comprimés pelliculés**

LOT: 238  
PER: AUT 2023  
PPV: 80 DH 00



# ANGINIB<sup>®</sup> 50r

## Losartan

**28 Comprimés pelliculés**

LOT: 238  
PER: AUT 2023  
PPV: 80 DH 00



# ANGINIB<sup>®</sup> 50r

## Losartan

**28 Comprimés pelliculés**

LOT: 238  
PER: AUT 2023  
PPV: 80 DH 00







® **كاردورا**  
**2mg** دوکسازوسین  
20 قرصا



**CARDURA® 2mg** 

20 Comprimés



LOT N°:

1 2 7 2 1 0 :

UT.AV :

0 3

2 4

106,70

6

7 0

P.P.V :

09366003/5



® **كاردورا**  
**2mg** دوکسازوسین  
20 قرصا



**CARDURA® 2mg** 

20 Comprimés



LOT N°:

1 2 7 2 1 0 :

UT.AV :

0 3

2 4

106,70

6

7 0

P.P.V :

09366003/5



® **كاردورا**  
**2mg** دوکسازوسین  
20 قرصا



**CARDURA® 2mg** 

20 Comprimés



LOT N°:

1 2 7 2 1 0 :

UT.AV :

0 3

2 4

106,70

6

7 0

P.P.V :

09366003/5





® **كاردورا**  
**2mg** دوکسیازوسین  
20 قرصا



**CARDURA® 2mg** 

20 Comprimés



LOT N°:

1 2 7 2 1 0 :

UT.AV :

0 3

2 4

106,70

6

7 0

P.P.V :

09366003/5