

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.

Médecine 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.

Education :

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.

Orthopédie :

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

clamation	: contact@mupras.com
en charge	: pec@mupras.com
émission et changement de statut	: adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

N° M20-0004551 (TCD)

Maladie

Dentaire

6876 Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3466**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LAGBOUARI m.HAMED**

Date de naissance : **01.01.1955**

Adresse :

Tél. : **0605637356**

Total des frais engagés : **761.31** 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) :



8

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 ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFARAJ <u>M. HADHOUMI</u> Hay Idrissia 1 - Casablanca Tel. 05 22 28 85 69	05/07/2021	461,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

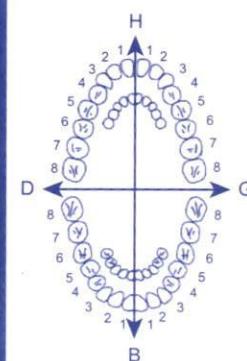
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'OD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

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 05/07/2021

M

LAGBOURI MHAMED

Quantite	Désignation	P.U	TOTAL
03	A.menal 2mg g.	(3x60,40)	181,20
03	ASKARDIL 75 mg	(3x22,60)	67,80
03	steqid 5% g.	(3x107,60)	322,80
03	TRitazide 1,25/12,5 mg	(3x63,30)	189,90
			761,10

PHARMACIE EL FARAJ
M. HADHOUMI
Hay Idrissia 1. Casablanca
Tél: 05 22 28 85 69

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 1

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 02/2023
LOT 02005 8

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés

PPV 22DH40
EXP 01/2023
LOT 02005 6

Arrêter la facture à la somme de Sept cent Soixante un
dirhams et de et

قرص قابل للكسر 100

MERCK

ستاجيد® 700 ملغم

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 210107
EXP 02/2024
PPV 107.60

107,60



قرص قابل للكسر 100

MERCK

ستاجيد® 700 ملغ

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



6 118000 021292

LOT 210107
EXP 02/2024
PPV 107.60

107,60



قرص قابل للكسر 100

MERCK

ستاجيد® 700 ملغم

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 210107
EXP 02/2024
PPV 107.60

107,60





28 Comprimés

Triazide® 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

RAMIPIRI / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Triazide® 10mg/25mg

63,35





28 Comprimés

Triazide® 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

RAMIPIRI / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Triazide® 10mg/25mg

63,35





28 Comprimés

Triazide® 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
TRI-AZIDE 10 mg/25 mg

Ramipril / Hydrochlorothiazide

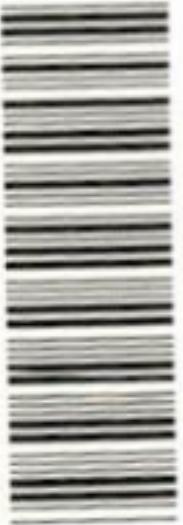
Triazide® 10mg/25mg

63,35



أماريل® 2ملج

غلايبيبريد



30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احذر من المقادير المسمية
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

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

O

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



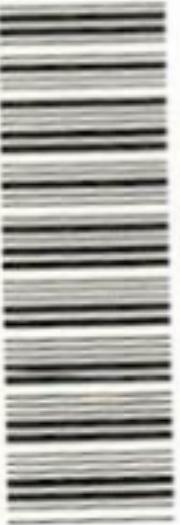
LOT: 20E006
PER.: 11/2023



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

أماريل® 2ملج

غلايبيبريد



30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احذر من المقادير المسمية
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

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

O



AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6 118000 060031

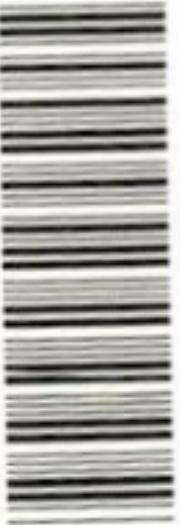
LOT: 20E006
PER.: 11/2023



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

أماريل® 2ملج

غلايبيبريد



30 قرصا

عن طريق الفم

Amarel 2mg

احذر من المقادير المسمية
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

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

O



AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6 118000 060031

LOT: 20E006
PER.: 11/2023



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