

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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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 personnelles.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Déclaration de Maladie

N° M20-0004551

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAGBOURI MHAIME

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse :

Tél. : 0665637356 Total des frais engagés : 761,21 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) :

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 EL FARAJ M. HADHOUMI Hay Idrissia 1 - Casablanca Tél : 05 22 28 85 69	05/07/2021	761,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

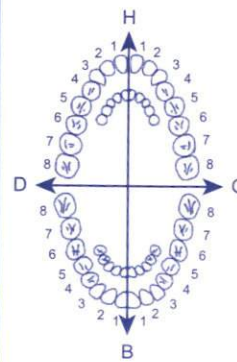
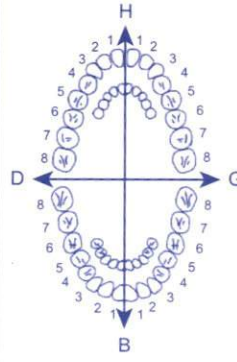
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 D 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

PHARMACIE " EL FARAJ "

M. HADHOUMI

Pharmacien

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE GRENOBLE

316, Av. Abdellah SENHAJI

Hay Al Idrissia 1er

Casablanca

Tél : 05 22 28 85 69



Facture N°

Casablanca le 05/07/2021

M. LAGBOURI MHAMED

Quantite	Désignation	P.U	TOTAL
03	Amanel 2mg en (3x604d)		181,20
03	ASKARDIL 75mg (3x224d)		67,20
03	stegid 614 (3x1076d)		322,80
03	TRitazide 12/25/184 (3x6334)		189,90
			761,10

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

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 05/2023
LOT 14010 1

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2023
LOT 02005 8

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 01/2023
LOT 02005 6

Arrêter la facture à la somme de Sept cent soixante un dinars et 10 ct

ملغ 700[®] ستاجيد

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر

LOT
EXP
PPV

210107
02 2024
107.60

107,60



Stagid[®] 700 mg
100 comprimés sécables



ملغ 700[®] ستاجيد

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر

LOT
EXP
PPV

210107
02 2024
107.60

107,60



Stagid[®] 700 mg
100 comprimés sécables



ملغ 700[®] ستاجيد

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر



LOT 210107
EXP 02 2024
PPV 107.60

107,60



Stagid[®] 700 mg
100 comprimés sécables

6 118000 021292



43.39

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احذر القاذور الحبيبة
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





43.32

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احذر القاذور الحبيبة
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





43.39

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احذر القاذور الحبيبة
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





أماريل® 2ملغ
غليسيريد

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

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® 2ملغ
غليسيريد

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

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® 2ملغ
غليبييريد

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

0

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