

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

soins généraux :

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.

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.

phacie :

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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

La 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- 062634

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

102259

Nom & Prénom : LAGOURI M.HAMEID

Date de naissance : 1.1.1955

Adresse :

Tél. : 0665637356 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 n'ai pas 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	02/09/2011	761,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

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 02/02/2022

M..... MHA MED LAGBOURI

Quantité	Désignation	P.U	TOTAL
3	TRITAZIDE 10/25/280	63,50	189,90
3	AMAREL 2 53,28	62,40	187,20
3	SIAGID GM	117,60	352,80
7	ASKARDIL 75 52,28	22,40	67,20

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

PER : 06/2024
LOT : 21E001

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

PER : 06/2024
LOT : 21E001

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 18005 1

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

PER : 06/2024
LOT : 21E001

PHARMACIE EL FARAJ

M. HADHOUMI

Hay-Idrissia 1 - Casablanca
Tél : 0522 28 85 69

761,10

Arrêter la facture à la somme de

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT. 16012 6

6 118000 021292



100 comprimés sécables
Stagid® 700 mg



قرص قابل للكسر 100

MERCK

ستاجيد®

700 ملغم

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم

LOT
EXP
PPV

212175
09 2024
107.60



6 118000 021292



100 comprimés sécables
Stagid® 700 mg



قرص قابل للكسر 100

MERCK

ستاجيد®

700 ملغم

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم

LOT
EXP
PPV

212175
09 2024
107.60



6 118000 021292



100 comprimés sécables
Stagid® 700 mg



قرص قابل للكسر 100

MERCK

ستاجيد®

700 ملغم

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم

LOT
EXP
PPV

212175
09 2024
107.60





28 Comprimés

Triptazide® 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
30 mg/j 30 mg/j 30 mg/j

Ramipril / Hydrochlorothiazide

Triptazide® 10mg/25mg

13,30





28 Comprimés

Triptazide® 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
30 mg/25 mg/25 mg

Ramipril / Hydrochlorothiazide

Triptazide® 10mg/25mg

13,30





28 Comprimés

Triptazide® 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
30 mg/25 mg/25 mg

Ramipril / Hydrochlorothiazide

Triptazide® 10mg/25mg

13,30

