

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.

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

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 062634

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société : 102259

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : LAGBOURI MHAMED

Date de naissance : 1.1.1955

Adresse :

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. J'ai
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 I - Casablanca Tél : 0522 28 85 69	22/02/2021	761,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

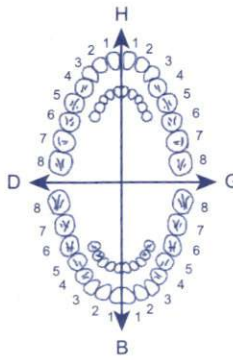
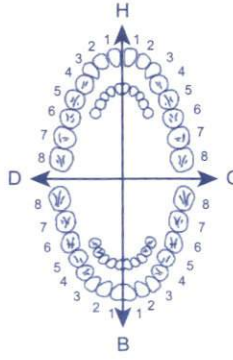
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est 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 canaux, ainsi que le bilan

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				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

316, Av. Abdellah SENHAJI

Hay Al Idrissia 1er

Casablanca

Tél : 05 22 28 85 69



Facture N°

Casablanca le 22/02/2022

M. MHAMED LAGBOURI

Quantite	Désignation	P.U	TOTAL
3	TRITAZIDE 10/15/180	63.30	189.90
3	AMAREL 2 B30	62.40	187.20
3	STAGID GM	107.60	322.80
3	ASKARDIL 75 B30	22.40	67.20

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

LOT : 21E001
PER : 06 2024

118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

LOT : 21E001
PER : 06 2024

118000 060031

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 09/2023
LOT 18005 1

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

767,10

Arrêter la facture à la somme de

ASKARDIL[®] 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

ملغ 700 ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

LOT 212175
EXP 09 2024
PPV 107.60



ملغ 700 ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

LOT 212175
EXP 09 2024
PPV 107.60

ملغ 700 ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر
أمبونات المتفورمين
عن طريق الفم

MERCK

100 قرص قابل للكسر



Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

LOT 212175
EXP 09 2024
PPV 107.60



13,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide

احذر! لا تأخذ إلا الجرعات
موصى بها من الطبيب

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





13,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



**احذر! اقرأ التعليمات
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





13,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



**احذر! اقرأ التعليمات
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

