

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.

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 |

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° W21-600786

Couper

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1853**

Société :

ASSOCO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAKACH MED NAJIB

Date de naissance :

02/06/1953

Adresse :

Tél. : **0661323124**

Total des frais engagés : **588,60** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **ALADDIR**

Le : **21/03/23**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-600786

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 : **1853**
Nom de l'adhérent(e) : **DAKACH**
Total des frais engagés : **588,60 Dhs**
Date de dépôt :

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
.....	INP :
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANNA OUSTIINE Janssou Eddaine 25 28 22 01 45 042007271	21/03/23	588,60

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">B G</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		35533411 11433553		B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D															
35533411 11433553															
B G															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
61 Avenue AHMAD AL MANSOUR EDDAHBI



DR LAMIA OUSSERHIR
DOCTEUR EN PHARMACIE
ICE 000505403000079

R.C :40224
T.V.A :IF 75768391
Banque:
Tél :0528-22-01-45

Patente:48145480
C.N.S.S:6554382

Le 21/03/2023

FACTURE N°260014

HADIANI SAIDA

Désignation	Quantité	PPM	Total
BIPRETERAX 10/2.5 CP	3	159,50	478,50
CACIT VIT D3	1	110,10	110,10
			Total = 588,60

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSERHIR
61 Avenue AHMAD AL MANSOUR EDDAHBI - AGADIR

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSERHIR
61, Av. Al Mansour Eddahbi - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Huit Dirhams et 60 centimes.



Cacit® vitamine D3

Carbonate de calcium et Cholécalciférol

1000 mg/880 UI



Lot: 2021193

EXP: FEV 2025



6 118001 040070

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 110 DH 10

Granulés
effervescents
pour solution
buvable
30 sachets
Voie orale

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



159,50



Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

Voie orale.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Un comprimé pelliculé contient 6,79 mg de

périndopril correspondant à 10 mg de

périndopril arginine et 2,5 mg d'indapamide.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.



SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعيبة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Périndopril arginine/ Indapamide

30 Comprimés pelliculés



6 118 000 100331

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



159,50



Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

Voie orale.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Un comprimé pelliculé contient 6,79 mg de

périndopril correspondant à 10 mg de

périndopril arginine et 2,5 mg d'indapamide.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.



SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعيبة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Périndopril arginine/ Indapamide

30 Comprimés pelliculés



6 118 000 100331

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



159,50



Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés

Périndopril arginine / Indapamide

Voie orale.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Un comprimé pelliculé contient 6,79 mg de

périndopril correspondant à 10 mg de

périndopril arginine et 2,5 mg d'indapamide.

Contient du lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.



SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

احترموا المقادير المعيبة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

قالمة 1 : لا يصرف إلا بمحض وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Périndopril arginine/ Indapamide

30 Comprimés pelliculés



6 118 000 100331