

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20-

0004559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : AS8258  
Nom & Prénom : LAGBOURI MHAMED  
Date de naissance : 1955  
Adresse : Bld B RUE 2 N° 39 Aï mulla  
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. Je déclare 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
	20/04/23	261,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

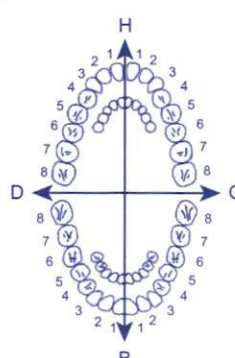
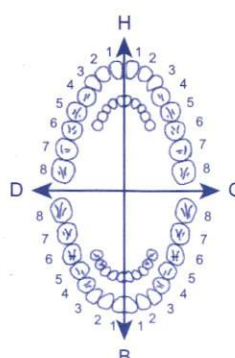
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



118000 060031



6 118000 060031

6 118000 060031

Nº 00000056

Nom: Mr LAGBOURIMHAMED

Date: 20/04/2023

ICE: .....

Arrêtée la présente facture à la somme de: Sept cent soixante un dinars et dix centimes

## Cachet

PHARMACIE  
BP 133, Ait Melloul  
Tel. 05 24 20 44

Adresse: 78 Bd. Ait Baamran - BP 133 - 86150 - Ait Melloul - Tél: 0528 24 20 44

RC: 1584-93 - Patente: 49802879 - IF: 77409270 - ICE: 001800791000087 - CNSS: 2297613

PPV 22DH40  
EXP 12/2024  
LOT 26014 5

PPV 22DH40  
EXP 12/2024  
LOT 26014

32000000

2. LA BONA MATHA MED

23/07/2023

ملغ 700<sup>®</sup> ستاجيد

أقراص قابلة للكسر  
أمنونات المتفورمين

عن طريق الفم

LOT 223261  
EXP 10 2025  
PPV 107.60



Stagid<sup>®</sup> 700 mg  
100 comprimés sécables

Merck

100 قرص قابل للكسر

ملغ 700<sup>®</sup> ستاجيد

أقراص قابلة للكسر  
أمنونات المتفورمين

عن طريق الفم

LOT 223261  
EXP 10 2025  
PPV 107.60



Stagid<sup>®</sup> 700 mg  
100 comprimés sécables

Merck

100 قرص قابل للكسر

ملغ 700<sup>®</sup> ستاجيد

أقراص قابلة للكسر  
أمنونات المتفورمين

عن طريق الفم

LOT 223261  
EXP 10 2025  
PPV 107.60



Stagid<sup>®</sup> 700 mg  
100 comprimés sécables

Merck

100 قرص قابل للكسر



**Tritazide® 10mg/25mg**  
28 Comprimés

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS**

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

**احترام الاماير الطبية**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Tritazide® 10mg/25mg**  
Ramipril / Hydrochlorothiazide

63,80

P.P. 63,80

2004

01/25





**Tritazide® 10mg/25mg**  
28 Comprimés

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS**

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

**احترام الاماير الطبية**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Tritazide® 10mg/25mg**  
Ramipril / Hydrochlorothiazide

63,80

P.P. 63,80

2004

01/25





**Tritazide® 10mg/25mg**  
28 Comprimés

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

**NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS**

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

**احترام الاماير الطبية**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Tritazide® 10mg/25mg**  
Ramipril / Hydrochlorothiazide

63,80

P.P. 63,80

2004

01/25

