

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 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº M20-

0004559

Matricule : 3466

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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) :

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 CHOUHADA BP 133, Al Mellouli Tel: 0528 24 20 44 I.N.P.E: 042019323	20/04/23	261,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE CHOUHADA AIT MELOUL

FACTURE

Nº 0000056

Nom: M^E LABBOURI MAHAMED

Date: 2010-04-20 23

ICE: _____

AMAREL 2MG
 CP B30
 P.P.V : 60DH40

 6 118000 060031

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

Cachet

صادر
Cachet **البنك** **PHARMACIE CHOUHADA**
~~BP 133 Alt Melloul~~
~~10-05-2024 2044~~

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

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispersibles

PPU 22DH40
EXP 12/2024
LOT 26014 S

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH48
EXP 12/2024
LOT 26014

20000000 8K

Eastropark

СЕМЯНКА И СОБАКА

100 قرص قابل للكسر

MERCK

ستاجيد®
700 ملخ

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 223261
EXP 10 2025
PPV 107.60

100 قرص قابل للكسر

MERCK

ستاجيد®
700 ملخ

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 223261
EXP 10 2025
PPV 107.60

100 قرص قابل للكسر

MERCK

ستاجيد®
700 ملخ

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 223261
EXP 10 2025
PPV 107.60

6



28 Comprimés

Tritazide® 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 intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RAMIPIRIL HYDROCHLOROTHIAZIDE

Ramipril / Hydrochlorothiazide

Tritazide® 10mg/25mg

63,80

P.P. 699

2004

07/25



6



28 Comprimés

Tritazide® 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 intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Ramipril / Hydrochlorothiazide

Tritazide® 10mg/25mg

63,80

P.P. 699

2004

07/25



6



28 Comprimés

Tritazide® 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 intérieure.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Ramipril / Hydrochlorothiazide
Tritazide® 10mg/25mg

63,80

P.P. 699

2004

07/25

