

## 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

- 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° W21-819167

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5176	Société : RACM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : JAGUIR LAHOUSSINE			
Date de naissance : 1954			
Adresse : N° 81 Bloc 1 cité Sidi Mohamed AGAÏR			
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 : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :** **Signature de l'adhérent(e) :** **Le :** Signature

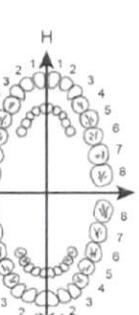
VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-819167
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : .....	Nom de l'adhérent(e) : .....
Total des frais engagés : .....	Date de dépôt : .....

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
23/10/23			Gratuit-	INP : 0412588310

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE ENNAÏDA DR. NOUAR ENNAÏDA AV. M. My Ismail - AGADIR 05 28 82 50 45	23/10/23	706,20

### 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 HONORAIRE																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	35533411	11433553													
					G															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
MONTANTS DES SOINS																				
DATE DU DEVIS																				
DATE DE L'EXECUTION																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				



المسيرة أكادير - مصحة متعددة التخصصات - CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE - AL MASSIRA AGADIR



6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

Agadir, Le: 23/10/23



6 118001 100873  
Cardensiel® 5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 58,10 DH

7862160239

Mr

LAGLIX

LATHUSINE

- $$34.60 \times 3 = 103.80$$
- 1) Lasilix 40 mg
- $$142.70 \times 3 = 428.10$$
- 2) Cover 84L 10 mg
- $$58.10 \times 3 = 174.30$$
- 3) CARDensiel 5 mg

706.20

PHARMACIE ENNAHDA  
Dr. NOUAR FATHIMA  
Av. Mly Ismail - AGADIR  
Tél: 05 28 82 50 45

الدكتورة خديجة ابن الشيخ  
خصائية أمراض القلب و الشريان  
اسفل شارع الحسن الثاني الطالقانى  
العنوان: 05 28 84 85 84 - 06 39 88 70 27



6 118000 060468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V:34DH60  
LOT: 11/2023  
PER: 11/2027



6 118000 060468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V:34DH60  
LOT: 11/2023  
PER: 11/2027



6 118000 060468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V:34DH60  
LOT: 11/2023  
PER: 11/2027

Avenue 29 Février cité Talborj - Agadir

Tél: 05 28 38 08 40/41 - Fax: 05 28 38 08 44 - CNSS: 9587372 - Patente: 48350509 - IF: 14436668  
BMCE Bank, Centre d'Affaires Agadir - Avenue Général Kettani Agadir - RIB : 010100000001210000274114

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.  
**Composition** : un comprimé pelliculé  
contient 10 mg de perindopril arginine.  
**Excipient** : q.s.p. un comprimé  
pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté :  
voir la notice pour plus d'informations.  
**Posologie, indications,  
contre-indications, précautions  
d'emploi et effets indésirables** : lire  
attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

**COVERSYL®**  
Perindopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 10030

142,30

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.  
Composition : un comprimé pelliculé  
contient 10 mg de perindopril arginine.  
Excipient : q.s.p. un comprimé  
pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté :  
voir la notice pour plus d'informations.  
Posologie, indications,  
contre-indications, précautions  
d'emploi et effets indésirables : lire  
attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

COVERSYL®  
Perindopril arginine  
30 Comprimés pelliculés 10 mg



6 118000 10030

142,30

Comprimés pelliculés



Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.  
**Composition** : un comprimé pelliculé  
contient 10 mg de perindopril arginine.  
**Excipient** : q.s.p. un comprimé  
pelliculé.

Contient du Lactose monohydraté :  
voir la notice pour plus d'informations.  
**Posologie, indications,  
contre-indications, précautions  
d'emploi et effets indésirables** : lire  
attentivement la notice interne.



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4  
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

**COVERSYL®**  
Perindopril arginine  
30 Comprimés pelliculés **10 mg**



6 118000 10030

142,30



# PHARMACIE ENNAHDA

AV MY SMAIL CITE NAHDA

R.C :123587

Patente:898899889

T.V.A :52360

C.N.S.S:54540021

Banque:123456789012345678901234

Tél :0528825045

Le 23/10/2023

## FACTURE N°153088

N° ICE : 001807000000060

LAGUIR LAHOUSSINE

N° IF : 89989898989

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	COVERSYL CO 10MG 30U PELLI	142,70	428,10		
3	CARDENSIEL 5MG CO 30U	58,10	174,30		
3	LASILIX CO 40MG SIMPLE 20U	34,60	103,80		

PHARMACIE ENNAHDA  
Dr NOUAR FATHIA  
Av. Mly Ismail -AGADIR  
Tél: 05 28 82 50 45

**TOTAL T.T.C :**

**706,20**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Sept Cent Six Dirhams et 20 centimes.