

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.

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3466	Société :	ND AGROURI MHAMED
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	1955
Nom & Prénom :		Bloc B. RUE 2 N°39 AïSAï Aïmelloul	
Date de naissance :		Tél. : 0665637356 Total des frais engagés : 438,30 Dhs	
Adresse :			

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 :

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
<i>HARNAK CHOUHAD B.P. 13, Ait Melloul 10528 24 20 44</i>	<i>18.12.2023</i>	<i>438,30</i>

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

ciser la dent traitée, l'acte pratiqué en ir a nature des soins.

Le praticien est pr

Important :
Veuillez joindre les

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled: D (Upper Left), C (Upper Right), H (Lower Left), and B (Lower Right). The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise sequence starting from the upper left corner. The numbers are as follows: D (8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1), C (8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1), H (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), and B (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE CHOUHADA

AIT MELOUL

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
LOT : 23E001
PER..04/2026

FACTURE

Nº 00000203

Nom: El LABBOURI M'HAMED

Date: 18/12/2023

ICE: _____

AMAREL 2MG
CP B30
P.R.V.: 60DH40
118000 060031

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

 6 118000 060031

Arrêtez la présente facture à la somme de: Quatre
Cent trente-huit dollars et
vingt centimes —

Cachet: 

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

RC: 1584-93 - Patente: 49802879 - IE: 77409270 - JCE: 001800791000087 - CNSS: 2297613

6 118001 081707



28 Comprimés

Tritazide® 10mg/25mg

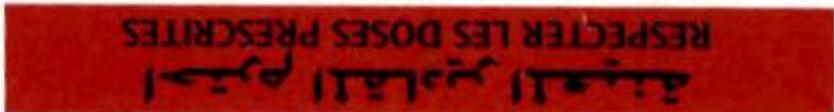
A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

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

63,30



6 118001 081707



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

63,30





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

63,30

