

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.

Éducation :

- 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.

Prothèse 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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° P19- 058232

ND: 39085

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2923 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LAKHSSASSI RACHID

Date de naissance : 01/07/1950

Adresse : lots Oued Fez Rue 4 N° 16 Fez

Tél. : 06 61 835328 Total des frais engagés : 451,30 DHS 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 :

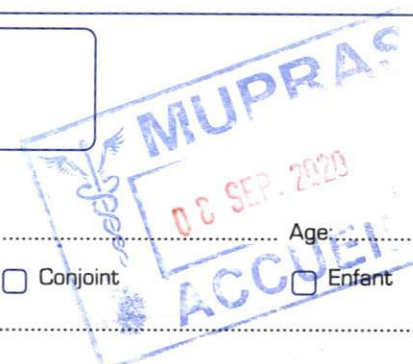
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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	
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>	
	D H G 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT	NOM : _____	Mle 2923
DECLARATION N° P		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	451,30	05
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 1

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2923	
Nom & Prénom LAKHSSASSI Rachid			
Fonction Retraite	Phones 06 64835328		
Mail _____			
MEDICIN			
Prénom du patient Lakhsassi Rachid			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age _____	Date 15/07/20	
Nature de la maladie		Date 1ère visite _____	
HTA			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
02	1	60	
PHARMACIE		Date 15-07-2020	
Montant de la facture		451,30	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date _____	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date _____	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		IM

DR. TOUSSER BEN ABDELLAH
 AN Sidi Al Mandi N°14 - Tétouan
 Pharmacie La Cassia
 Sidi Mohamed JABRANE
 Dr. en Pharmacie
 CPLX LA CASSIA (ABC-NEGRO-MED)

Dr. Youssef Benabdellah

SPÉCIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE

DIPLÔMÉ DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

Sur Rendez-vous

الدكتور يوسف بنعبد الله

اختصاصي في أمراض

الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة العنق والوجه

خريج جامعة بوردو

بالموعد

Tétouan, le 15-07-20 في تطوان،

Dr. LAUHSSASSE Reçu

Pharmacie La Cassia
Sidi Mohammed JABRANE
Dr. en Pharmacie
CPLX LA CASSIA GABO NEGRO-MITTO

COUVERSYL 5mg

147,90

Appl → 4 mois

101,80 x 3 = 305,40

traitement de 4 mois

471,30

Av. Sidi Al Mandri N° 14 - Tétouan
DR. Youssef Ben Abdellah
Spécialiste ORL

Pharmacie La Cassia
Sidi Mohammed JABRANE
Dr. en Pharmacie
CPLX LA CASSIA GABO NEGRO-MITTO

246600030-05

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants
Composition : un comprimé pelliculé
contient 5 mg de périndopril 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. ZIYADO Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

nektcesa

683.7800-002.N0572

10

Périndopril arginine
5 mg
COVERSYL®

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة I : لا يصرّف إلا بموجب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®
Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



101,80

كوفرسيل® 5 ملغ

براندوبريل أرجنين
30 حبة ملبسة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.
يحتفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 5 ملغ من براندوبريل أرجنين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
**الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إحتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية** :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

30
Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

246600030-05

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants
Composition : un comprimé pelliculé
contient 5 mg de périndopril 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. ZIYADO Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

nektcesa

683.7800-002.N0572

10

Périndopril arginine
5 mg

COVERSYL®



قائمة I : لا يصرّف إلا بموجب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

كوفرسيل® 5 ملغ

براندوبيريل أرجنين
30 حبة ملبسة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.
يحتفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التكوين : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 5 ملغ من براندوبيريل أرجنين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
**الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، احتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية** :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

30
Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

246600030-05

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants
Composition : un comprimé pelliculé
contient 5 mg de périndopril 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. ZEIADO Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

nektcesa

683.7800-002.N0572

10

Périndopril arginine
5 mg

COVERSYL®



قائمة I : لا يصرّف إلا بموجب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

كوفرسيل® 5 ملغ

براندوبريل أرجنين
30 حبة ملبسة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.
يحتفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التكوين : تحتوي حبة واحدة ملبسة
على 5 ملغ من براندوبريل أرجنين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
**الجرعة، ذواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، احتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية** :
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

30
Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

246600030-05

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants

Composition : un comprimé pelliculé contient 5 mg de périndopril 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. ZEIADO Lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca

nektcesa

683.7800-002.N0572

10

Périndopril arginine **5 mg**

COVERSYL®



احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة I : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

كوفرسيل® 5 ملغ

براندوبيريل أرجنين
30 حبة ملبسة قابلة للكسر

يؤخذ عن طريق الفم.
يحتفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة على 5 ملغ من براندوبيريل أرجنين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة تحتوي على سكر الحليب أحادي الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال، مصادات الاستعمال، احتياطات الاستعمال والآثار الجانبية : اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

30
Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65