

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° P19- 049350

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1595 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TRIG KAMAL 19/10/90
 Date de naissance : 1950
 Adresse : 4 rue Mustapha El Manfouj Casablanca
 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) :

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

21/11/23

1403.60

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

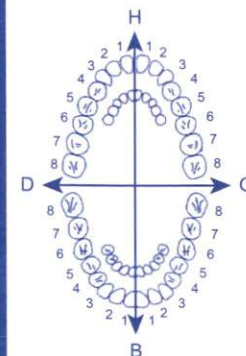
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

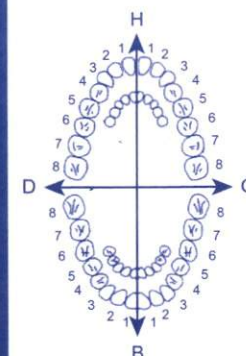
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE CAMILLE
LEMSEFFER MOUNIA

Page :1

FACTURE

N° FACTURE :297501

Client :

Date :24/11/2023

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
AMAREL 4 MG / 30 COMPRIMES	2	68.80	137.60
GALVUS MET 50/1000 MG / 60 COMPRIMES	2	390.00	780.00
TRESIBA / 1 STYLO	2	243.00	486.00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

6 118001 081325

PHARMACIE CAMILLE SARRAU
29, Avenue Hassane Soukichi
Casablanca
TP : 05552600 - RC : 521287
ICE: 002831126000060
Tél: 0522 27 17 07

Total TTC = 1403.60

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : MILLE QUATRE CENT-TROIS DHS 60 CTS

Bon rétablissement

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants
Ne pas conserver au-dessus de 30°C
et tenir à l'abri de l'humidité dans l'emballage original.
Veuillez consulter la notice d'emballage.

Chaque comprimé contient 50 mg de vildagliptine et 1000 mg
de chlorhydrate de metformine.

RESPECTEZ LES DOSES PRESCRITES

Liste I – Uniquement sur ordonnance

احترم المقادير الموصوفة
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملغ من فلدغليبتين و 1000 ملغ من ميتفورمين هيدروكلوريد
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg ○
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

لا تحتوي العبوة على إبر

يحفظ بعيداً عن رطوبة ومتناول الأطفال

يرجى قراءة النشرة قبل الاستخدام

للاستخدام من قبل شخص واحد فقط

لا تسحب المحلول من القلم

يستخدم فقط إذا كان المحلول صافياً و عديم اللون

يخزن في الثلاجة (2°م - 8°م). يجب عدم تجميده.

بعد الفتح لأول مرة : يجب حفظه في درجة حرارة لا تتجاوز 30°م.

يمكن الاحتفاظ به في الثلاجة (2°م - 8°م). يحفظ بعد أول فتح لمدة 8 أسابيع.

يحفظ الغطاء الواقى على القلم لحمايته من الضوء

يجب رمي الإبرة بعد كل الإستعمال.

يحتوي كل قلم حقن مسبق التعبئة على 300 وحدة من انسولين ديجلوندك في 3 مل من المحلول.

يحتوي 1 مل من المحلول على 100 وحدة من انسولين ديجلوندك (ما يعادل

3,66 ملغ)، غليسيرول، ميتاكريزول، فينول، خلاص الزنك، حمض

هيدروكلوريك و هيدروكسيد الصوديوم (لتعديل الرقم الهيدروجيني) وماء

للحقن.

نوفو نورديسك ش.م

نوفو اللي

دك-2880 بلوسفيرد

الدنمارك

© 2020

مستورد و موزع من طرف لابروفان

21 زنفة الأوداية 20300 الدار البيضاء

Respecter les doses prescrites

احترم المظاير المعينة

Uniquement sur ordonnance / Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



1-022-£2-0956-8



novo nordisk®

Novo Nordisk A/S,
Novo Allé, DK-2880 Bagsværd,
Danemark
© 2020

Importé et distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, Rue des Oudaya
20300 Casablanca

لا تحتوي العبوة على إبر

يحفظ بعيداً عن رطوبة ومتناول الأطفال

يرجى قراءة النشرة قبل الاستخدام

للاستخدام من قبل شخص واحد فقط

لا تسحب المحلول من القلم

يستخدم فقط إذا كان المحلول صافياً و عديم اللون

يخزن في الثلاجة (2°م - 8°م). يجب عدم تجميده.

بعد الفتح لأول مرة : يجب حفظه في درجة حرارة لا تتجاوز 30°م.

يمكن الاحتفاظ به في الثلاجة (2°م - 8°م). يحفظ بعد أول فتح لمدة 8 أسابيع.

يحفظ الغطاء الواقى على القلم لحمايته من الضوء

يجب رمي الإبرة بعد كل الإستعمال.

يحتوي كل قلم حقن مسبق التعبئة على 300 وحدة من انسولين ديجلوندك في 3 مل من المحلول.

يحتوي 1 مل من المحلول على 100 وحدة من انسولين ديجلوندك (ما يعادل

3,66 ملغ)، غليسيرول، ميتاكريزول، فينول، خلاص الزنك، حمض

هيدروكلوريك و هيدروكسيد الصوديوم (لتعديل الرقم الهيدروجيني) وماء

للحقن.

نوفو نورديسك ش.م

نوفو الي

دك-2880 بولسفيرد

الدنمارك

© 2020

مستورد و موزع من طرف لابروفان

21 زنفة الأدوية 20300 الدار البيضاء

Respecter les doses prescrites

احترم المظاهر المعينة

Uniquement sur ordonnance / Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



1-022-£2-0956-8

Novo Nordisk A/S,
Novo Allé, DK-2880 Bagsværd,
Danemark
© 2020

Importé et distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, Rue des Oudaya
20300 Casablanca



novo nordisk®