

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.

Biologie 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.

Educations :

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 :

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
Réclamation : 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.

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



ND: 30931

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020691

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AHAM Nida Date de naissance : 25/6/87
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 : ADK
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
5/3/20			250 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/3/20	262...

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

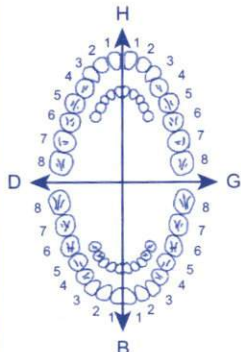
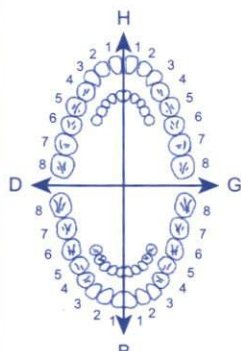
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'E



Pr. KARMOUMI Tariq
Professeur d'Urologie
Clinique les Ambassadeurs
Tél: 06 61 99 27 91 - 06 61 99 15 99 - 06 61 99 59 55

5/3/2

CHANDON, NERK, 1

267.00

Xakel le 10

267.00

200 / le 10

23ms

PHARMACIE MASSIM RAD
DR. SELOU SADIQ
47, Avenue Hassan II - Rabat
Tél: 05 37 56 46 91

Pr. KARMOUMI Tariq
Professeur d'Urologie
Clinique les Ambassadeurs
Tél: 06 61 99 27 91 - 06 61 99 15 99 - 06 61 99 59 55

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS
Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN
Read carefully the package insert before use.
Do not store above 30°C.

sanofi-aventis France - 1-13, boulevard Romain Rolland - 75014 Paris - France

Fabricant/Manufacturer : Sanofi Winthrop Industrie - 30-36, avenue Gustave Eiffel - 37100 Tours - France ، الشركة المصنعة :

Xatral[®] LP 10 mg
alfuzosine/alfuzosin

Voie orale/Oral use

30 comprimés à libération prolongée
30 prolonged release tablets

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
XATRAL LP 10MG CPR B30
PPV : 267,00 DH



SANOFI 

Xatral[®] LP 10 mg
alfuzosine

30 comprimés à libération prolongée



Xatral LP 10 mg
alfuzosin

30 prolonged release tablets

COMPOSITION :

Chlorhydrate d'alfuzosine 10 mg
excipient q.s.p. un comprimé à libération prolongée.
Excipient ayant un effet notoire :
huile de ricin hydrogénée.

Médicament autorisé/Authorized medicine n° 34009 3511066 4

COMPOSITION:

Alfuzosin hydrochloride 10 mg
excipient to one prolonged release tablet.
Excipient known to have a recognized effect:
hydrogenated castor oil.

65 x 22 x 125 mm

616515

التركيب :

كلورهيذرات الألفوزوسين..... 10 ملغ
سواغ بكمية كافية لقرص واحد ذي تحرير طويل الأمد
السواغ الذي له تأثير معروف: زيت الخروع المهذرج

يُحفظ بعيداً عن نظر الأطفال ومتناولهم
الرجاء قراءة النشرة الدوائية قبل الاستعمال
يُحفظ في حرارة لا تتخطى 30 درجة مئوية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناء على وصفة طبية - قائمة I

كزاترال® إل بي 10 ملغ

ألفوزوسين

عن طريق الفم

30 قرصاً ذا تحرير طويل الأمد



NIVEAU 1
LEVEL 1

Soyez prudent

Ne pas conduire sans avoir lu la notice

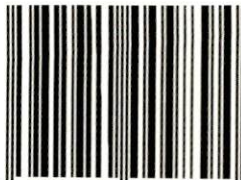
Be careful

Do not drive without reading the insert

مستوى 1

كن حذراً

اقرأ النشرة قبل قيادة سيارتك



Lot/Batch: ET063
Fab./Mfg.: 04/2019
EXP: 03/2022