

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 066089

ND = 32843

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3466 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 56 37356 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) :

15 " 2020 /
ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-066089

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 :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043088

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3466

Société : RETRASIE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAGOURI MHAMED

Date de naissance :

01.01.1955

Adresse :

Tél. : 0665637356

Total des frais engagés : 769,40

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 : 01/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/04/2023

Mof

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
<p>محل دارة المستحب بن Pharmacie AL-MOSTAKBAL Dr. BERRADA EL-AZIZ NAPIS 143, Lot. Mostakbal - Ait Melloul Tél : 0524 245106</p>	01/04/2020	761.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

صياغة المنشآت
H. T. sic AL-MOSTAKBAL
BERRADA BLAZIZI NARjis
142 Lot. Mostakbal - Al Metouf
Tel: 06-22-24-81-05

FACTURE

No

50

01/04/2020

Mr: HaGBouni Mohamed

6 118000 021292



Produit pharmaceutique

100 comprimés
STAGID® 700 mg

STAGID® 700 mg

metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
لتحبب الجهد بالتناول الموصى به

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة أ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



L 0 1 1 4 2 5 6 5
E 3 8 1 1 3 0 5 3
F 2 V 2 2 7 4 9 0

107,60

6 118000 021292



Produit pharmaceutique

100 comprimés
STAGID® 700 mg

STAGID® 700 mg

metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
لتحبب الجهد بالتناول الموصى به

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة أ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



L 0 1 1 4 2 5 6 5
E 3 8 1 1 3 0 5 3
F 2 V 2 2 7 4 9 0

107,60

6 118000 021292



Produit pharmaceutique

100 comprimés
STAGID® 700 mg

STAGID® 700 mg

metformine embonate
100 COMPRIMÉS SÉCABLES

Respecter les doses prescrites
لتحبب الجهد بالتناول الموصى به

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة أ - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



L 0 1 1 4 2 5 6 5
E 3 8 1 1 3 0 5 3
F 2 V 2 2 7 4 9 0

107,60

LAPTOPHAN
CL-99-II



6
118000
033189

ASKARDIL® 75 mg

0

CASABLANCA - MAROC
ZT. HUE BEG QUDAWA

ODUTITS PHARMACEUTIQUES

LABORATOIRES

121

הנְּצָרָה

LAPTOP-HAN

W.M.N. : 2190M/Z

ଶ୍ରୀମତୀ ପାତ୍ନୀ ପାତ୍ନୀ

ମୁଖ୍ୟ ପାଇଁ କାହିଁଏ କାହିଁଏ କାହିଁଏ

Aut pas 30-2 à l'abri de

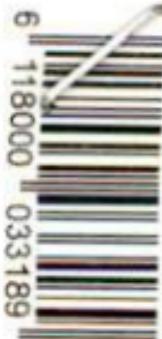
à une température

፩፻፲፭

SKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039

LAPORPHAN
OL 99-HU



ASKARDIL® 75 mg O
30 comprimés dispersibles

30

75

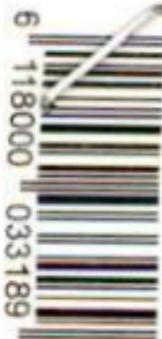
SKARDIL®

SKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039

CASABLANCA - MAROC
ZI, RUE DES OUDAYA
D'AFRICA PHARMACEUTIQUES
OL 99-HU
LABORATOIRES
OL 99-HU
MM N° : 219DMP/21
ne pas dépasser 3 mois
à une température
pas d'après de

LAPORPHAN
OL 99-HU



ASKARDIL® 75 mg O
30 comprimés dispersibles

30

75

SKARDIL®

SKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039

CASABLANCA - MAROC
ZI, RUE DES OUDAYA
D'AFRICA PHARMACEUTIQUES
OL 99-HU
LABORATOIRES
OL 99-HU
MM N° : 219DMP/21
ne pas dépasser 3 mois
à une température
pas d'après de

6



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 PORTEE DES ENFANTS

Avant toute utilisation, voir notice interne.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RAMIPIRIL HYDROCHLOROTHIAZIDE

Ramipril / Hydrochlorothiazide
Tritazide® 10mg/25mg

63,30

10 mg/25 mg



6



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 PORTEE DES ENFANTS

Avant toute utilisation, voir notice interne.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RAMIPIRIL HYDROCHLOROTHIAZIDE

Ramipril / Hydrochlorothiazide
Tritazide® 10mg/25mg

63,30

10 mg/25 mg



6



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 PORTEE DES ENFANTS

Avant toute utilisation, voir notice interne.

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RAMIPIRIL HYDROCHLOROTHIAZIDE

Ramipril / Hydrochlorothiazide
Tritazide® 10mg/25mg

63,30

10 mg/25 mg





أماريل®
باريل ٢ ملخ

30 فرما

طريق الفم

Amarel 2mg

**احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
جداول احترم المقادير المعينة - جدول A

فقط بمرجع رخصة طبية - جدول A

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6

118000 060031

LOT : 19E001
PER.: 06 2022



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



أماريل®
باريل ٢ ملخ

30 فرما

طريق الفم

Amarel 2mg

**احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
جداول احترم المقادير المعينة - جدول A

فقط بمرجع رخصة طبية - جدول A

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6

118000 060031

LOT : 19E001
PER.: 06 2022



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



أماريل®
باريل ٢ ملخ

30 فرما

طريق الفم

Amarel 2mg

**احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
جداول احترم المقادير المعينة - جدول A

فقط بمرجع رخصة طبية - جدول A

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6

118000 060031

LOT : 19E001
PER.: 06 2022



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T - Ain Sebaâ
20250 Casablanca