

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

ctions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

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 : 3189

Société : 45219

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : DRISI MBARK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-064304

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 :



FEUILLE DE SOIN N°

DATE DE DEPOT

W

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

NOM & Prénom IDRISI MBARK Téléphone 06.68.32.01.14 Signature de l'adhérent

Fonction retraité Matricole 3189 Mail

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM & Prénom du patient : IDRISI Mbark Age 21/09/1951 Date de la première visite

Nature de la maladie.

Adhérent Conjoint Enfant

HTA

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
01.09.2012		C	150100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
01/09/2012	1648,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

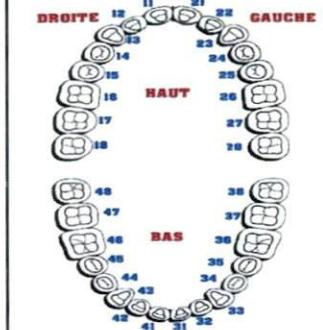
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES



Dents Traitées

Nature des soins

Coefficient

Coefficient des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

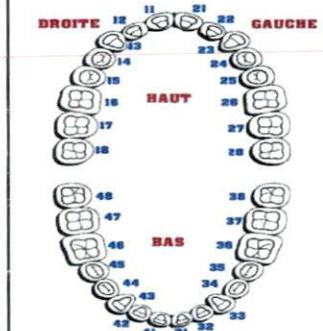
Coefficient des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de l'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

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

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM du Patient :		DECLARATION N°	Cachet MUPRAS
W			
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

INP: 04/11/941655

Pharmacie EL QUAFI
Tél: 01 40 74 66 98
INP: 04/2074161
Av. de la Gare 87/66 finl

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Dr. Abdelaziz BENHMID

Médecine Générale

Échographie

Du De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بن حميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط

سidi Ifni, Le : 01.09.2020 في إفني سيدي

Nom et Prénom : Mr. IDRIS M. Abarke

Kardigic 160
Aldacte 18 {
Sardex 6,2-1
Levras 6 {
Levinox 18 {
IAPP x 2.
= N° 1
RDV Le!
04 nov 5
Pharmacie EL OUAFI
Dr. DAVIS BENMHAMED
Tél: 05 26 87 55 95
Av. CAIRO - SIDI FATH - 61
INP: 02 207 51 01
ICE: 001231294000063
Dr. Abu Laziz BENHMID
Médecine Générale
N° 02 Bd. du Caire
FATH - SIDI FATH

مادمة الفتح أيام الخصم البلدي - سيدى افني - الهاتف : 05.28.87.59.96

Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96

CARDIX® 6,25mg

Carvédilol

LOT : 154

PER : AVR 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimé

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX® 6,25mg

Carvédilol

LOT : 154

PER : AVR 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimé

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX® 6,25mg

Carvédilol

LOT : 154

PER : AVR 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimé

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX® 6,25mg

Carvédilol

LOT : 154

PER : AVR 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimé

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

CARDIX® 6,25mg

Carvédilol

LOT : 154

PER : AVR 2023

PPV : 44 DH 00

28 Comprimé

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés



6 118000 050568



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

VENOXYL

GEL

LABORATOIRES



CARILENE

VVF62 1122 YL

LOT

PER

Prix

75.00

VENOXYL

GEL

LABORATOIRES



CARILENE

VVF62 1122 YL

LOT

PER

Prix

75.00



دوسيم
نوكين
عمر ٢٠

٢٠ comprimés sécables

ج.ت.ك.و.ج.ر.ن.ا

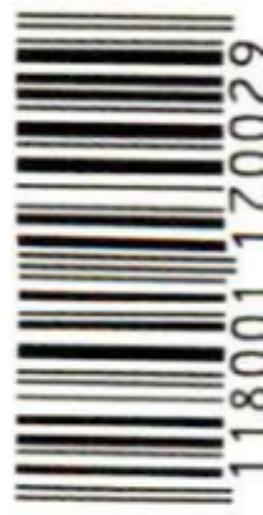
٥٠ ملليلتر

spironolactone

ALDACTONE ٥٠ mg

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

Laboratoires Pfizer S.A. Fabriqué par :
km 0.500, Route de
PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED
Qualidia
WHALTON ROAD - MORPETH
BP 35, 24 000
NORTHUMBERLAND NE61 3YA
ROYAUME UNI
El Jadida, Maroc



6 118001170029



دوسيم
نوكين
عمر ٢٠

٢٠ comprimés sécables

ج.ت.ك.و.ج.ر.ن.ا

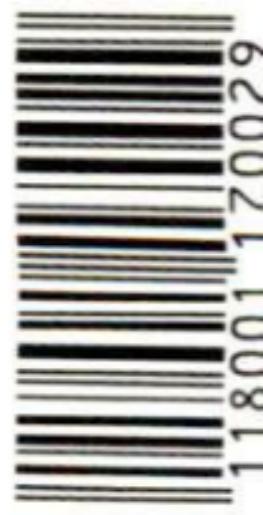
٥٠ ملليلتر

spironolactone

ALDACTONE ٥٠ mg

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

Laboratoires Pfizer S.A. Fabriqué par :
km 0.500, Route de
PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED
Qualidia
WHALTON ROAD - MORPETH
BP 35, 24 000
NORTHUMBERLAND NE61 3YA
ROYAUME UNI
El Jadida, Maroc



6 118001170029



دوسيم
نوكين
عمر ٢٠

٢٠ comprimés sécables

ج.ت.ك.و.ج.ر.ن.ا

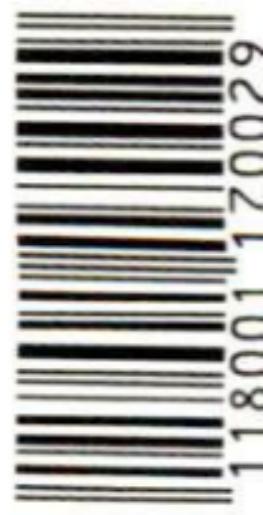
٥٠ ملليلتر

spironolactone

ALDACTONE ٥٠ mg

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

Laboratoires Pfizer S.A. Fabriqué par :
km 0.500, Route de
PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED
Qualidia
WHALTON ROAD - MORPETH
BP 35, 24 000
NORTHUMBERLAND NE61 3YA
ROYAUME UNI
El Jadida, Maroc



6 118001170029



دوستی
کنونی
۲۰

20 comprimés sécables

دوستی
کنونی

۵۰ مگ

spironolactone

ALDACTONE 50 mg®

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

Laboratoires Pfizer S.A. Fabriqué par:
km 0.500, Route de
PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED
Qualidia
WHALTON ROAD - MORPETH
BP 35, 24 000
NORTHUMBERLAND NE61 3YA
ROYAUME UNI
El Jadida, Maroc





دوستی
کنونی
۲۰

20 comprimés sécables

دوستی
کنونی

۵۰ مگ

spironolactone

ALDACTONE 50 mg®

P.P.V: 57DH70
LOT: B24044
EXP: 03.2022

Laboratoires Pfizer S.A. Fabriqué par:
km 0.500, Route de
PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED
Qualidia
WHALTON ROAD - MORPETH
BP 35, 24 000
NORTHUMBERLAND NE61 3YA
ROYAUME UNI
El Jadida, Maroc



Rosuvastine[®]

SUN

Rosuvastine



SUN
PHARMA

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

Rosuvastine[®]

SUN

Rosuvastine



SUN
PHARMA

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

Rosuvastine[®]

SUN

Rosuvastine



SUN
PHARMA

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

Rosuvastine[®]

SUN

Rosuvastine



SUN
PHARMA

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00

Rosuvastine[®]

SUN

Rosuvastine



SUN
PHARMA

30 Comprimés pelliculés
Voie orale

20 mg

Lot n°:

EXP:

PPV:

255 DH 00



Rosuvastatine

Rosuvastas®[®]SUN



30 Comprimés pelliculés
Voie orale

10 mg

Lot n°:

EXP:

PPV:

157 DH 80